

Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) og sykefravær

Allmennlegens rolle

Aase Aamland



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)

Universitetet i Bergen

2015

Dato for disputas: 16. januar

Fagmiljø

Arbeidet med avhandlingen har foregått ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen (Uni Research Helse) og Forskningsgruppen for allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (Det medisinsk-odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen).

Prosjektet har vært finansiert med midler fra Den norske legeforening: Allmennmedisinsk forskningsutvalg og Allmennmedisinsk forskningsfond, samt Vest-Agder Legeforening og Legeforeningens fond for kvalitetssikring og pasientsikkerhet. Jeg mottok også et reisestipend fra Meltzerfondet ved Universitetet i Bergen.

Seniorforsker Erik Lønnmark Werner og professor Kirsti Malterud har vært henholdsvis hoved- og medveileder.

Forord

Under arbeidet med denne avhandlingen har jeg særlig satt pris på muligheten til å reflektere over tema som i mindre grad ble berørt i løpet av studietiden min ved Universitetet i Bergen (1995-2002). Arbeidet med avhandlingen har vært en spennende og krevende reise. Foruten økt kunnskap og mestringsfølelse i møte med pasienter med MUPS, har reisens stopp underveis bidratt til flere nye erfaringer som for eksempel presentasjonsfremlegginger, kongressdeltakelser og nettverksbygging med utenlandske forskere. Jeg har fått mange nye bekjenskaper og noen nye vennskap.

Det er mange som fortjener takk.

Aller mest tusen takk til veilederne mine. Dere har begge utvist tålmodighet med meg, og deres engasjement, kunnskap og erfaring har vært til inspirasjon for meg. Erik: særlig takk for alle dine ærlige og konkrete tilbakemeldinger underveis og alt du har lært meg om språklig presisjon. Kirsti: særlig takk for at du med din enorme kunnskap har vist en utrettelig vilje til å utfordre mine perspektiv og inkludere meg i lærerike samtaler og forskningssamlinger.

Tusen takk til professor Guri Rørtveit som leder AFE Bergen. Ditt lederskap har bidratt til at jeg har fått et ubetinget positivt møte med akademien.

Tusen takk til øvrige ansatte ved Uni Research helse, både forskningsdirektør Hege Randi Eriksen, statistiker Stein Atle Lie, forskerne Silje Reme, Silje Mæland og Eline Ree som alle har bidratt med kloke og nyttige svar på mine mange spørsmål. Ingrid Blø Olsen bistod med punching og lagring av innsendte registreringsskjema i forbindelse med kartleggingsstudien.

Tusen takk til medstipendiatene ved AFE og Nasjonal forskerskole i allmennmedisin. Det har vært godt å dele erfaringer og frustrasjoner sammen med dere underveis i fysiske og virtuelle møter.

Tusen takk til Institutt for global helse og samfunnsmedisin som arrangerer seminarserien ”Grunnlagsproblem i samfunnsmedisin og helsefag”, der jeg har hatt nytte av å delta.

Tusen takk til dere som jeg har fått ha interessante samtaler med underveis i arbeidet med avhandlingen min.

Tusen takk til mine kjære kolleger ved Vennesla legesenter og Vennesla kommune som har vist stor fleksibilitet i forhold til min nye ”hobby”.

Tusen takk til deltakerne i avhandlingens delstudier, både allmennlegene i Vest-Agder som deltok i kartleggingsstudien og pasientene som deltok i fokusgruppestudien.

Og til slutt: tusen takk til familien min.

Mine foreldre som alltid har trodd på meg og støttet mine valg.

Våre barn Olav (13), Eva (9) og Kari (7) har lurt på hvorfor jeg måtte reise til Bergen eller til ”læreren min” i Arendal, og undret seg over hva jeg har holdt på med på laptopen ved kjøkkenbordet. Jeg håper at jeg har lyktes med å vise dem oppriktig glede over muligheten til å få lære og være med på nye ting i livet, selv om jeg er voksen og egentlig ferdig med å gå på skole.

Thomas – du er den absolutt beste for meg.

Publikasjonsliste

Artikkel I-III

- I Aamland A, Malterud K, Werner EL.
Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: A systematic review
Scand J Prim Health Care, 2012; 30: 147–155.
- II Aamland A, Malterud K, Werner EL.
Patients with persistent Medically Unexplained Physical Symptoms: A descriptive study from Norwegian general practice
BMC Fam Pract, 2014;15:107.
- III Aamland A, Werner EL, Malterud K.
Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: A focus-group study of patients ' experiences
Scand J Prim Health Care, 2013; 31: 95–100.

Jeg bruker romertall I-III når jeg refererer til artiklene (Vedlegg 1-3).

I arbeidet med avhandlingen er jeg blitt oppmerksom på noen feil i de publiserte artiklene. Disse markerer jeg fortløpende i teksten med fotnoter (Erratum I-III).

Sammendrag

Begrepet medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) er et samlebegrep for uforklarte sykdommer som karakteriseres av subjektive symptomer uten objektive funn. Fibromyalgi, kronisk utmattelsessyndrom og irritabel tarmsyndrom er eksempler på langvarige og funksjonsnedsettende MUPS-tilstander. Det er hevdet at sykefravær både i Norge og andre land i hovedsak skyldes uspesifikke helseplager og MUPS-tilstander. Allmennleger har en nøkkelrolle ovenfor pasienter med MUPS og i sykmeldingsarbeidet.

Målsettingen for denne avhandlingen er å utvikle ny kunnskap om pasienter med MUPS og sykefravær, med særlig fokus på allmennlegens rolle. Vi har gjennomført tre delprosjekter for å belyse følgende problemstillinger: 1) Hva sier forskningslitteraturen om faktorer som er forbundet med sykefravær hos pasienter med MUPS? 2) Hvordan er konsultasjonsprevalens, symptom mønster, yrkesdeltakelse og konsultasjonstiltak for pasienter med persisterende MUPS i norsk allmennpraksis? og 3) Hva slags marginaliseringserfaringer gjør pasienter med MUPS i forbindelse med langtidssykmelding?

I det første delprosjektet gjennomførte vi en systematisk oversikt av foreliggende empirisk forskning om MUPS og sykefravær. I alt 16 studier med ulike studiedesign ble inkludert i en pragmatisk tematisk analyse. Vi søkte etter overgripende deskriptive tema fra tekst og tall i de inkluderte studiene. I det andre delprosjektet ønsket vi å kartlegge pasienter med persisterende MUPS i norsk allmennpraksis. For dette formålet inviterte vi et representativt utvalg norske allmennleger til å registrere pasienter som oppfylte vår case-definisjon av MUPS over en fire ukers periode i vanlig praksis. I det tredje delprosjektet gjennomførte vi to fokusgruppeintervjuer med pasienter som hadde vært langtidssykmeldt på grunn av MUPS-tilstander. Vi søkte spesielt etter erfaringer som kan tenkes å motvirke ytterligere utstøtning fra arbeidslivet. Data ble analysert med systematisk tekstkondensering.

Resultatene fra oversiktsartikkelen ble delt inn i to kategorier: pasientrelaterte og allmennlegerelaterte faktorer. For pasientene var psykisk komorbiditet (angst og depresjon), samt en stor total symptombyrde, forbundet med økt sykefravær. Mangelen på objektive funn vanskeliggjorde allmennlegenes sykmeldingsvurderinger. Ingen av intervensjonene som søkte å gi allmennleger økt kunnskap og bedre ferdigheter i å håndtere pasienter med MUPS, resulterte i redusert sykefravær. Gjennom kartleggingsstudien fant vi en konsultasjonsprevalens på 3 % med en overvekt av kvinnelige pasienter med MUPS. Så mange som 45 % av pasientene var i arbeid, signifikant flere menn. Allmennlegene rapporterte at støttesamtaler var det hyppigste konsulasjonstiltaket. Deltakerne i fokusgruppestudien beskrev i hovedsak bare negative erfaringer av å gå sykmeldt. Det at plagene og symptomene var usynlige ble beskrevet som en ekstrabyrde utover selve sykmeldingen. Negative marginaliseringserfaringer kunne motvirkes med ulike personlige mestringsstrategier, positiv oppmerksomhet og støtte fra familie og venner, samt tillit og forståelse fra personer i hjelpeapparatet. Analysen viste at allmennlegen kan være en viktig støttespiller og motvirke ytterligere marginalisering i oppfølgingen av langtidssykmeldte pasienter med MUPS.

Avhandlingen har følgende hovedfunn: Pasienter med persisterende MUPS er blant de mest hyppig forekommende pasientgrupper i norsk allmennpraksis. Allmennlegen kan ha en viktig, støttende rolle for langtidssykmeldte pasienter med MUPS som motvirker ytterligere marginalisering. Ingen intervensjonsstudier i allmennpraksis har imidlertid vist å påvirke sykefraværet. Det eksisterer både likheter og mangfold blant pasienter med MUPS i forhold til demografi, psykiatrisk komorbiditet og yrkesdeltakelse. Allmennlegenes hyppigste tiltak i konsulasjonen for pasientgruppen er støttesamtaler.

Abstract

Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) is a term which captures conditions characterized by subjective symptoms without corresponding objective findings. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and irritable bowel syndrome are examples of long-lasting and disabling MUPS-disorders. It is claimed that sick leave both in Norway and other countries, is mainly caused by unspecific health complaints and MUPS-disorders. General practitioners (GPs) have a key role for patients with MUPS and sick leave work.

The objective of this thesis is to develop new knowledge on MUPS and sick leave, with a special focus on the GP's role. We have conducted three sub-studies based on the following aims: 1) What does the existing literature say about phenomena associated with sick leave among patients with MUPS? 2) What is the consultation prevalence, symptom pattern, employment status and the GPs' management strategies for patients with persistent MUPS in Norwegian general practice? and 3) What kind of experiences related to marginalization do patients with MUPS present after being long-term sick leave?

In the first sub-study we conducted a systematic review of empirical research on MUPS and sick leave. A total of 16 studies with heterogeneous study-designs were included for a pragmatic thematic analysis. We searched for overarching themes from text and numbers in the included studies. In the second sub-study we aimed to describe patients with persistent MUPS in Norwegian general practice. We invited a representative sample of GPs to register patients, who fulfilled our case-definition of MUPS, during four weeks of regular clinical practice. We described consultation prevalence, symptom pattern, employment status and the GPs' management strategy. In the third sub-study we conducted two focus group interviews with patients on long-term sick leave due to MUPS. We were particularly interested in experiences that may counteract further exclusion from the labour market. Data were analyzed using systematic text condensation.

Results from the systematic review were split into two categories: patient-related and GP-related factors. For the patients, psychiatric comorbidity (anxiety and depression), and total symptom burden were associated with higher levels of sick leave. Lack of objective findings made the sick leave assessment more difficult for the GPs. None of the interventions aiming to improve GPs knowledge and management of patients with MUPS, resulted in lower levels of sick leave. In the cross-sectional study we found 3 % consultation prevalence of persistent MUPS and the majority of these were women. As much as 45 % of the patients were currently working, significantly more men. The GPs reported that supportive counselling was the most common management strategy. The participants in the focus group study described predominantly negative experiences from being sick-listed. The fact that complaints and symptoms were invisible was described as an extra-burden beyond the sick leave itself. Negative experiences of marginalization could be counteracted through different personal coping strategies, positive attention and trust from family and friends, and confidence and understanding from professionals. The analysis showed that support from the GP can be important and may even further counteract marginalization through their follow-up of long-term sick listed patients with MUPS.

The thesis presents the following main findings: Patients with persistent MUPS constitute one of the most common patient groups in Norwegian general practice. The GPs may hold an important supportive role for patients with MUPS on long-term sick leave. This may in turn counteract further marginalization. Yet, no interventions in general practice have shown to reduce sick leave. There are both similarities and diversities among patients with MUPS regarding demographics, psychiatric comorbidity and employment status. The GPs' most common management strategy for patients with MUPS is supportive counselling.

Innhold

Fagmiljø	i
Forord	iii
Publikasjonsliste	v
Sammendrag.....	vii
Abstract	ix
1. Bakgrunn.....	1
Min egen forforståelse	1
Hvordan forstå sykdom?	1
Begrepet MUPS.....	5
Arbeid, sykefravær og allmennlegens rolle.....	9
Sammenhenger mellom stress og helse: CATS-teorien	11
Marginalitet, MUPS og sykefravær	14
2. Målsetting og problemstillinger.....	15
3. Design, materiale og metode.....	17
Oversiktsartikkelen (I).....	17
Design	17
Etikk	17
Datainnsamling	18
Analyse.....	20
Kartleggingsstudien (II)	21
Design	21
Etikk	21
Datainnsamling og deltakere	22
Analyse.....	24
Fokusgruppestudien (III)	24
Design	24
Etikk	24
Datainnsamling og deltakere	25
Analyse.....	26

4. Resultatsammendrag	31
Artikkel I	31
Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: A systematic review	31
Artikkel II	32
Patients with persistent Medically Unexplained Physical Symptoms: A descriptive study from Norwegian general practice.....	32
Artikkel III	33
Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: A focus-group study of patients ' experiences	33
5. Diskusjon	35
Metodologiske og etiske vurderinger	35
Intern validitet - er resultatene gyldige og hva er de gyldige om?	35
Ekstern validitet - resultatenes overførbarhet til andre sammenhenger eller populasjoner	39
Refleksivitet	40
Etiske utfordringer	41
Resultatdiskusjon.....	44
Likheter og mangfold blant pasienter med MUPS	44
Allmennlegers holdninger og strategier i møte med pasienter med MUPS	46
Betydningen av samarbeid mellom sykmeldingsaktørene	49
Kjønnsperspektiver på MUPS og sykefravær	50
6. Konklusjon	53
7. Fremtidig forskning	55
8. Referanser	57
Vedlegg.....	
Vedlegg 1 - Artikkel I	
Vedlegg 2 - Artikkel II	
Vedlegg 3 - Artikkel III	
Vedlegg 4 - Søkestrategi oversiktsartikkel (I)	
Vedlegg 5 - Case-definisjon for kartleggingsstudien (II)	
Vedlegg 6 - Registreringsskjema – kartleggingsstudien (II).....	

1. Bakgrunn

Min egen forforståelse

Da jeg begynte med forskning hadde jeg arbeidet som fastlege i fem år. Til tross for at jeg forsøkte å være en støttende, respekterende allmennlege preget av ressursorienterte holdninger, følte jeg meg ofte frustrert i møte med pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) som eksempelvis kronisk utmattelsessyndrom og fibromyalgi. Jeg savnet mer kunnskap om MUPS-tilstander og om hvordan jeg som allmennlege kunne hjelpe pasienter med MUPS. Oppfatningen min var at Norge hadde altfor høyt sykefravær, og at de fleste som var langtidssykmeldt hadde uspesifikke helseplager eller MUPS. Samarbeid med NAV (Arbeids- og velferdsforvaltningen) bød ofte på mer utfordringer sammenlignet med når pasienter hadde veldefinerte medisinske tilstander. Annenlinjetjenesten bidro stort sett med diagnostisk avklaring, slik at pasientene med MUPS raskt kom i retur til meg, fulgt av få konkrete råd for videre behandling. Derneft erfarte jeg lite tverrfaglig samarbeid om pasientene med MUPS innad i kommunen, som for eksempel med fysioterapeuter og kommunepsykologer eller psykiatriske sykepleiere med kompetanse i kognitiv atferdsterapi. Min forforståelse var derfor at pasienter med MUPS var utfordrende å forholde seg til som allmennlege, særlig når de faller ut av arbeidslivet. Denne erkjennelsen var utslagsgivende da jeg rimelig impulsivt i januar 2010 svarte ”ja” på en åpen invitasjon på allmennlege-diskusjonsforumet Eyr til et forskningsprosjekt om MUPS og sykefravær. Min tanke var at min frustrasjon kunne snus til mestring.

Hvordan forstå sykdom?

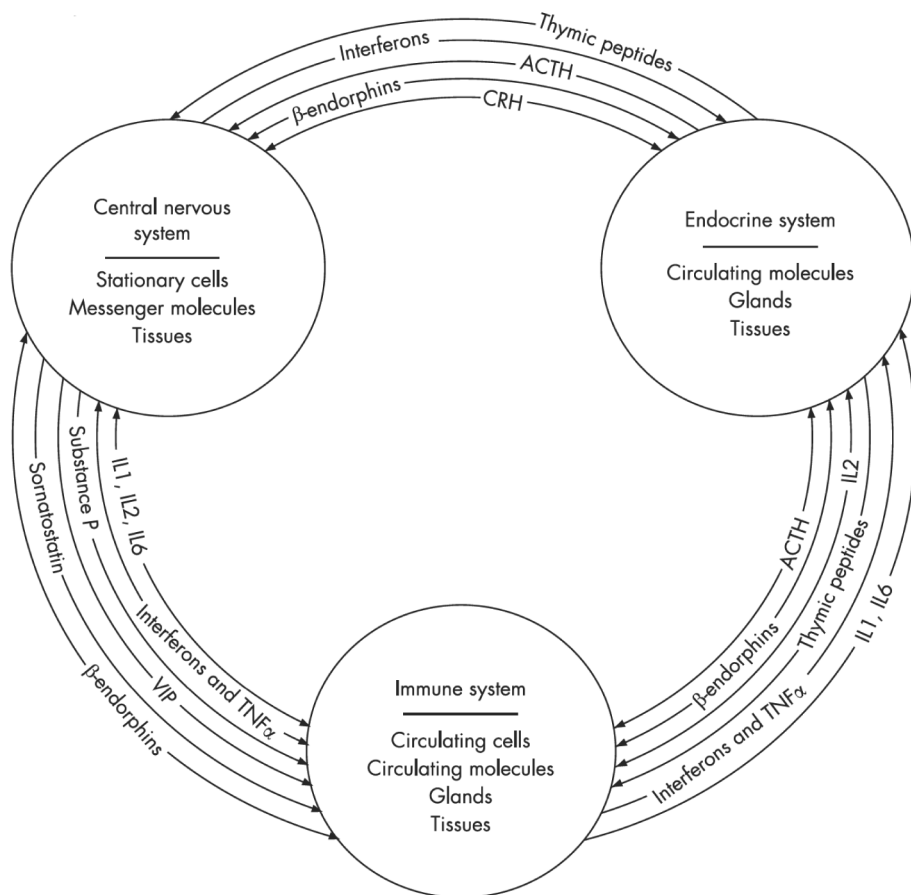
Helse og sykdom er sosialt konstruerte begrep som hører hjemme i en kulturell kontekst (1). I vestlige kulturer har den biomedisinske sykdomsmodellen hatt stor

definisjonsmakt i forståelsen av helse og sykdom, og den har ført til store medisinske fremskritt. Modellen er basert på en dualistisk (kropp og sjel), mekanistisk (kroppen som maskin, legen som ingeniør) og reduksjonistisk (troen på én spesifikk sykdomsetiologi) tankegang (2).

Som en reaksjon mot den biomedisinske sykdomsmodellen introduserte indremedisineren Engel i 1977 den biopsykososiale sykdomsmodellen (3). Modellen sier at biologi alene gir begrenset forståelse av medisinske fenomener, og at helse og sykdom bør sees i et biologisk, psykologisk og sosialt perspektiv. Den biopsykososiale sykdomsmodellen gir en teoretisk begrunnelse for at pasienterfaringer har gyldighet på linje med objektive funn og at medisinske årsaksforhold er mer sammensatte enn ved monokausal linearitet. Engel har bidratt til å utvide klinikerens blikk og kliniske praksis (4).

Kritikere av den biopsykososiale sykdomsmodellen hevder at økt fokus på psykososial forståelse kan gå på bekostning av biologisk forståelse (5, 6). Begrep fra dagligtale og litteratur som motesykdommer, samsykdommer og psykososiale sykdommer (7, 8) kan oppfattes som støtte for en slik kritikk som begrunnes med at sykdommers biologiske substrat fortrenses i en mer helhetlig og sammensatt sykdomsmodell.

På 1970-tallet introduserte psykologen Ader begrepet *psykonevroimmunologi* (PNI) (9) og nevropsykiateren Smythies begrepet *psykonevroendokrinologi* (PNE) (10). Videre forskning på disse områdene har bidratt til ny kunnskap om hvordan menneskers nerve-, hormon- og immunsystem gjensidig påvirker hverandre. Dette illustrerer hvordan kropp, sjel og atferd henger sammen (11, 12). I pedagogisk øyemed er det foreslått å omtale disse begrepene som ”PNIE-systemet”. Følgende figur fra en oversiktsartikkel om kronisk utmattelsesyndrom (13) illustrerer PNIE-systemet slik:



Figur 1

Fra Hooper "Myalgic encephalomyelitis: a review with emphasis on key findings in biomedical research" (13)

(Gjengitt med tillatelse fra BMJ Group academic journals)

I PNIE-systemet samvirker kognitive funksjoner (tanker og følelser) med nervesystemet og kan komme til uttrykk som nevrologiske symptomer, endokrine forstyrrelser og immunologiske reaksjoner. Interaksjonene i dette systemet er komplekse. Slik kunnskap bidrar sammen med kunnskap om forholdet mellom

menneskers biografi og biologi (14) til et økt biologisk substrat for forståelse av sykdom i en biopsykososial sykdomsmodell.

I medisinsk teori om sykdom vektlegges forskjellen mellom ”disease” og ”illness” (15, 16). Selv om de engelskspråklige ordbøkene beskriver ordene som synonymer for sykdom, så fremstår de i for eksempel sosialmedisinsk sammenheng med noe ulik betydning. *Disease* oppfattes da som sykdom med objektive funn, og *illness* som sykdom uten objektive funn (17). ”Objektive funn” bygger på en forståelse av at sykdom setter ”spor i det syke menneskets kropp, som eksisterer uavhengig av om de oppleves eller ei, og som kan påvises ved hjelp av medisinsk teknologi og måles kvantitativt” (18). På norsk har vi ikke en slik tydelig distinksjon, selv om nyansene mellom ”sykdom” og ”lidelse” kanskje kan representere noe av den samme forskjellen.

Fibromyalgi, kronisk utmattelsesyndrom (CFS/ME) og irritabel tarmsyndrom (IBS) er eksempler på ”illness uten disease”. I denne avhandlingen bruker jeg begrepet ”sykdom” om både illness og disease, fordi jeg ikke ønsker å reservere sykdomsbegrepet for helseplager med objektive funn. Følgelig kan sykdom foreligge i følgende fire hovedtyper:

Tabell 1

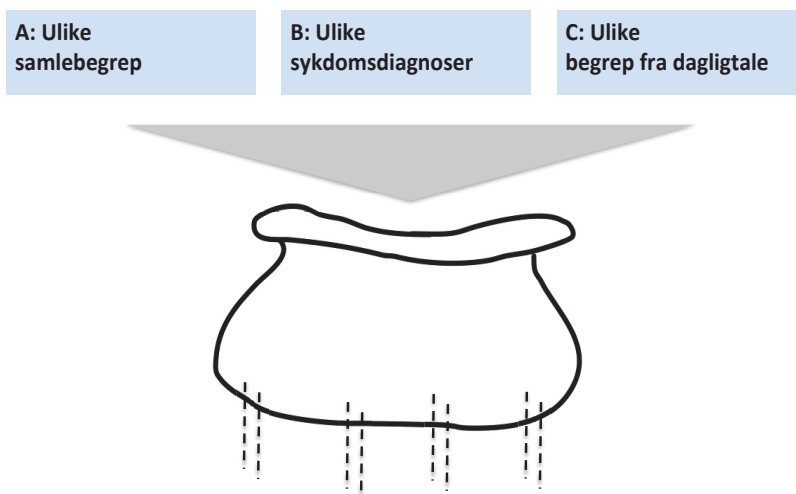
Fire hovedtyper sykdom

	Disease +	Disease -
Illness +	Hjerteinfarkt, lungebetennelse	Fibromyalgi, migrene
Illness -	Hypertensjon, cervixcytologisk dysplasi	Fravær av sykdom

Begrepet MUPS

Begrepet medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) (fra engelsk "medically unexplained physical symptoms") er et samlebegrep for uforklarte sykdommer som karakteriseres av "subjektive" symptomer uten "objektive" funn (19, 20). Psykiaterne Melville, Escobar og Mayou var blant de første til å benytte MUPS-begrepet (21-23). Mayou definerte i 1991 MUPS som "*physical symptoms that lack an obvious organic basis*" (23). I dagligtale, faglitteratur, diagnosemanualer og forskning finnes det mange ulike begrep for medisinsk uforklarte helseplager. Begrepene har ulik utbredelse i ulike land og ulike miljøer og varierer fra en tidsepoke til en annen. I tidligere tider har invalidiserende smerter eller tretthet hatt andre merkelapper som for eksempel hysteri og nevrasteni (24).

I arbeidet med denne avhandlingen, har jeg laget følgende illustrasjon på det som av mange inkluderes i samlebegrepet MUPS, kalt *MUPS-sekken*. (Oversikten over samlebegrep, sykdomsdiagnoser og begrep fra dagligtale er ikke utfyllende.)



Figur 2: MUPS-sekken*A. Ulike samlebegrep*

- Medically unexplained physical symptoms (MUPS)
- Medically unexplained symptoms (MUS)
- Medically unexplained disorders (MUD)
- Subjective health complaints (SHC)
- Functional disorder (FD)
- Functional somatic syndromes (FSS)
- Bodily distress syndrome/disorder (BDS/BDD)
- Psychosomatic disorder
- Psychophysical / psychophysiological disorder
- Somatic symptom disorder
- Somatoform disorder

*B. Ulike sykdomsdiagnoser***Eksempler fra ICPC-2 (25):**

- A04 ME (myalgisk encefalomyelopati)
- L18 Fibromyalgi
- D93 Irritabel colon
- P75 Somatiseringslidelse
- N95 Spenningshodepine

Eksempler fra ICD-10 (26):

- F45 Somatoforme lidelser
- K58 Irritabel tarmsyndrom
- M79.7 Fibromyalgi
- G93.3 Postviralt utmattelsessyndrom

-
- S13.4 Whiplash
 - K07.7 Kjeveleddssmerte
 - N30.1 Interstitiell cystitt
 - G44.2 Tensjonshodepine
 - M54.5 Korsryggsmarter

C. Eksempler på ulike begrep fra dagligtale

- Diffusitas-pasienter
- ”Heart-sink”-pasienter
- Vanskelige pasienter
- Simulanter
- Supratentorielle plager
- Hysteriforme pasienter

Hvilke betegnelser som brukes i dagligtale, kan signalisere ulike holdninger til disse helseplagene. Jeg mener ingen av de nevnte dagligdagse begrepene bør brukes fordi de enten er forankret i en foreldet dualistisk tankegang om kropp og sjel (der de somatiske symptomene har en underliggende psykologisk forklaring), eller signaliserer direkte nedsettende holdninger ovenfor pasientene det gjelder.

De fleste medisinske spesialiteter har sin(e) MUPS-tilstander, eksemplifisert som følger:

- gastroenterologi - irritabel tarmsyndrom
- nevrologi - kronisk hodepine, utmattelse
- urologi - interstitiell cystitt
- gynekologi - bekkenbunnssmerter
- revmatologi - fibromyalgi
- kardiologi - ikke-kardiale brystsmarter
- arbeidsmedisin - multippel kjemisk intoleranse.

Diagnostisering av disse tilstandene forutsetter at andre relevante differensialdiagnoser er utelukket. I konsultasjoner fortolker leger opplysninger fra anamnese, klinisk undersøkelse og supplerende undersøkelser inn i en referanseramme bestående av egen kunnskap, erfaring og kjennskap til den aktuelle pasient (27). Det er alltid en mulighet for at pasienter feilaktig plasseres i MUPS-sekken, for eksempel ved at veldefinerte medisinske tilstander oversees. Dette kan gjelde hypothyreose, cøliaki, kreft eller sjeldne medisinske tilstander (28). Videre kan endringer i symptomer eller funn, eventuelt basert i ny medisinsk kunnskap, føre til at en pasient går fra å ha en MUPS-diagnose til å ha en veldefinert medisinsk tilstand. De stiplede linjene ut fra bunnen av MUPS-sekken illustrerer denne mulige dynamikken i medisinsk kunnskap og praksis.

Jeg oppfatter MUPS som et hensiktsmessig samlebegrep for kliniske og forskningsmessige formål når sykdomsforståelsen er forankret i en biopsykososial sykdomsmodell støttet av empirisk kunnskap om PNIE-systemet. For det første har MUPS-tilstander mange likhetstrekk i kraft av overlappende symptomatologi og diagnosekriterier (29, 30). Dette er utgangspunktet for hypoteser om at det foreligger felles underliggende sykdomsmekanismer for ulike MUPS-tilstander (31-33). For det andre kan samme type behandlingsstrategier være effektive for ulike MUPS-tilstander, som for eksempel kognitiv atferdsterapi og trisykliske antidepressiva (29, 34, 35). På den annen side finner vi også ulike behandlingsstrategier for ulike MUPS-tilstander. Funn fra behandlingsforskning gir for eksempel gode grunner for å velge ulik treningsbehandling for pasienter med fibromyalgi (aerob trening) (36) og pasienter med kronisk utmattelsessyndrom (gradert treningsterapi) (37). Dette indikerer at MUPS-tilstandene, tross flere likhetstrekk, ikke nødvendigvis er identiske fenomener. Derfor kan både ”splitting” (distinkte sykdommer) og ”lumping” (ett-syndromshypotesen) være hensiktsmessige MUPS-perspektiv (33, 38).

Det er foreslått mange ulike begrep for det vi her har omtalt som MUPS, men ingen konsensus om ett av dem (39). Jeg oppfatter MUPS-begrepet som deskriptivt uten å indikere noen årsaksforståelse. For mange kan for eksempel begrepet ”psykosomatisk” indikere en primær psykologisk årsak (40). MUPS-begrepet

beskriver at plagene og symptomene er *uforklarte* for biomedisinen, men ikke *uforklarlige* i lys av en biopsykososial sykdomsmodell med støtte i empirisk kunnskap om PNIE-systemet. MUPS-begrepet brukes både internasjonalt (19, 41) og nasjonalt. Den norske legeforening ved Norsk forening for allmennmedisin har en egen referansegruppe om MUPS, og den reviderte utgaven av læreboken i Allmennmedisin inneholder et nytt kapittel om MUPS (42). Videre er det i noen land utarbeidet egne retningslinjer for MUPS i allmennpraksis, i Nederland under akronymet MUS (medically unexplained symptoms) (43), i Danmark som ”funktionelle lidelser” (44) og for tyske leger og helsefagarbeidere som ”nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden” (45).

Personlig synes jeg utelatelse av ”p-en” i det engelske MUPS er hensiktsmessig for å unngå assosiasjoner til en dualistisk kropp-sjel tankegang, slik kritikere av MUPS-begrepet hevder det gjør (46). På norsk kunne derfor både medisinsk uforklarte helseplager og medisinsk uforklarte symptomer vært bedre betegnelser. I denne avhandlingen har jeg tatt et pragmatisk valg og bestemt meg for å bruke MUPS som samlebegrep for medisinsk uforklarte helseplager, siden dette i stor grad brukes i den medisinske forskningslitteraturen.

Noen inndeler alvorlighetsgrad av MUPS (mild, moderat og alvorlig) etter antall symptomer (47-49), mens andre bruker prefikset ”persisterende” for vedvarende og funksjonshemmende MUPS (41, 50). Jeg har valgt å benytte MUPS-begrepet i betydningen persisterende MUPS fordi dette begrepet fremhever skillet mellom hverdagslige, forbigående helseplager og langvarig, funksjonsnedsettende helseplager.

Arbeid, sykefravær og allmennlegens rolle

Politikk, miljø og økonomi spiller en større rolle for befolkningens helsetilstand enn helsetjenesten (51). Arbeid fremholdes stort sett som et gode for folks helse gjennom blant annet å bidra til sosialt felleskap og økonomisk trygghet, selv om arbeid også under visse betingelser kan være helseskadelig, for eksempel på grunn av faktorer i

arbeidsmiljøet. De fleste vestlige land har offentlige eller private ordninger for økonomisk kompensasjon ved sykdomsrelatert arbeidsfravær. Ordningene varierer betydelig fra land til land, men har ofte til felles at flere aktører er involvert, og at leger i førstelinjetjenesten attesterer sykmeldingene (52). Ulikheter i stønadsordninger, ulike målemetoder og registreringsmetoder, samt ulikt stillingsvern vanskeliggjør sammenligninger av sykefravær mellom landene (53, 54).

I Norge deltar rundt 70 % av befolkningen mellom 15-74 år i arbeidsstyrken, som er summen av antall sysselsatte og arbeidsledige (55). Kvinnesysselsettingen har vært økende de siste 30 år, og kvinner utgjør i dag rundt 50 % av arbeidsstyrken (56). En dominerende holdning blant mange norske eksperter er at sykefraværet er for høyt, blant annet på grunn av for sjenerøse ytelser og lite effektiv portvokterfunksjon (54). Andre eksperter setter imidlertid spørsmålstegn ved denne påstanden (57). I avtalen om et inkluderende arbeidsliv mellom myndigheter, arbeidsgivere og arbeidstakere i Norge (IA-avtalen) er et av hovedmålene å få ned sykefraværet med 20 % (58). Dette til tross for at statistikken viser et nokså stabilt sykefravær over de siste tiårene, varierende rundt 5-8 % for det legemeldte fravær og rundt 1 % for det egenmeldte sykefraværet (54).

Allmennmedisinen møter grenseflaten mellom sykdom og samfunn. Allmennlegenes rolle som sykmelder illustrerer dette. I vurdering av hvert enkelt sykmeldingstilfelle skal legen ta hensyn til pasientens tilstand og ivareta samfunnets oppfatning av legitime sykefraværsårsaker. I Lov om Folketrygd er det et krav om at funksjonssvikten skyldes *sykdom eller skade* for å ha rett til sykepenger (59). Sykdom må være "vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis", og er derfor gjenstand for endringer i takt med medisinsk vitenskap og praksis (60). Loven stiller ingen krav om "objektive funn" som forutsetning for sykmelding. I Norge skrives 80 % av sykmeldingene ut av allmennleger (61), og de resterende av privatpraktiserende spesialister, sykehusleger og andre helseaktører (manuell terapeuter og kiropraktorer). Allmennlegenes rolle i sykefraværsarbeidet diskuteres mye. Forskning om allmennlegenes rolle er sparsom sammenlignet med forskning på de øvrige sykmeldingsaktørene (pasientene, arbeidsplass og samfunnet). Det er ikke

funnet noen konsistente sammenhenger mellom sykmeldingspraksis og legenes kjønn og alder (62-64). En artikkel om kroniske korsryggsmarter og sykefravær beskriver imidlertid at legenes personlige holdninger og grad av unngåelsesatferd påvirket sykmeldingspraksisen (65). Andre hevder derimot at det ikke er karakteristika ved legene selv, men heller faktorer som pasientpopulasjon, antall konsultasjoner per dag og deltakelse i legevakt som styrer legenes sykmeldingspraksis (66).

I Norge skyldes rundt 40 % av sykepengetilfellene muskel- og skjelettlidelser, 20 % psykiske lidelser og 6 % ”allmennt og uspesifisert” (for eksempel tretthet og utmattelse) (67). Et mindretall av disse sykmeldingsdiagnosene omfatter veldefinerte medisinske tilstander, og det er derfor hevdet at sykefravær i hovedsak forårsakes av uspesifikke helseplager og MUPS-tilstander, både i Norge og andre land (54, 68-70).

En norsk studie har vist stor variasjon mellom allmennlegers diagnosesetting av pasienter med MUPS (71). I denne studien kunne en og samme pasient med flere uspesifikke helseplager få til sammen 31 ulike diagnoseforslag av legene. Til tross for denne ulikheten i diagnoser, var legene imidlertid samstemte i sine vurderinger av arbeidsuførhet. Dette understreker at sykmeldingsstatistikk med diagnosefokus bør tolkes med betydelig varsomhet. Foruten indirekte kostnader som sykefravær fører MUPS-tilstander til betydelige direkte kostnader for samfunnet, for eksempel gjennom helsetjenestebruk (72).

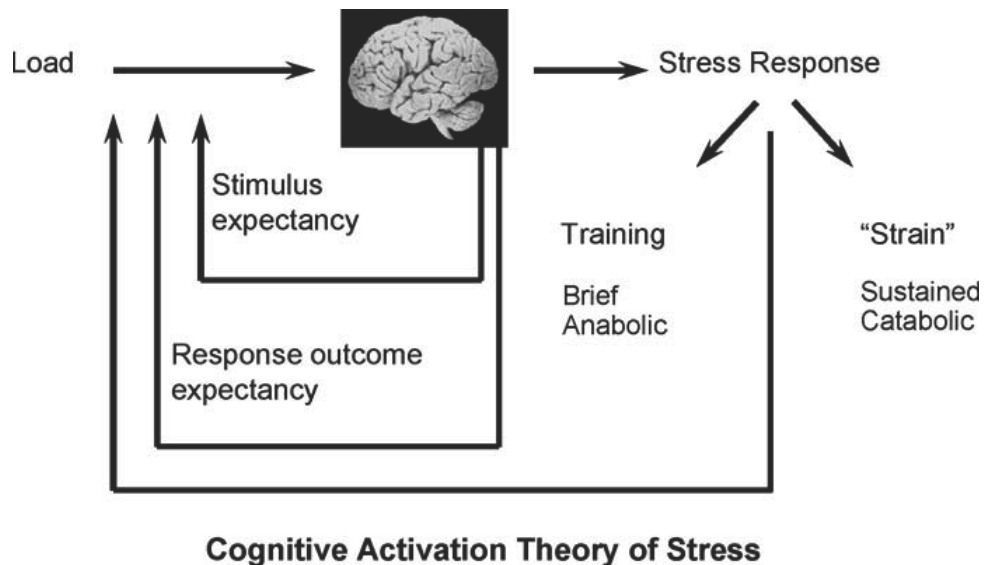
Til sammen viser dette at allmennleger har en nøkkelfunksjon i sykmeldingsarbeidet, hvor de har en dobbeltrolle som pasientens behandler og portvokter, samt at pasienter med uspesifikke helseplager og MUPS utgjør en hovedandel av de sykmeldte.

Sammenhenger mellom stress og helse: CATS-teorien

Stress, sensitivisering og mestring er sentrale begrep i forståelsen av den biopsykosiale sykdomsmodellen, MUPS og sykefravær.

Stress-begrepet ble introdusert av den østerrikske legen Seyle i 1936 som differensierte mellom positivt (eustress) og negativt (distress) stress. De norske

stressforskerne Ursin og Eriksen har utviklet en kognitiv aktiveringsteori om stress, kalt "Cognitive Activation Theory of Stress" (CATS), som kan forklare sammenhengen mellom stress og helse (73).



Figur 3

CATS-teorien. Ursin og Eriksen (2004): "The cognitive activation theory of stress" (73)

(Gjengitt med tillatelse fra Eriksen)

Denne teorien beskriver fire ulike nivå av stress: stress-stimuli, stresserfaring, stressrespons og stressfeedback. *Stress-stimuli* er belastninger som gjennom individets kognitive vurderinger (*stresserfaring*) fører til en aktivering av det autonome nervesystemet og HPA-aksen (hypothalamus, hypofysen og binyrene) (*stressrespons*). *Stressfeedback* er tilbakemeldingen fra stresserfaringen til hjernen som lagres og påvirker hvordan stressrespons på samme stimuli eventuelt senere vil bli. Ulik stresserfaring forklarer hvorfor samme stress-stimulus gir ulike

stressresponser hos ulike individer. Hvorvidt aktivering er fasisk (anabol) eller vedvarende (katabol) avgjør om stress fremmer helse (eustress) eller uhelse (distress).

Vedvarende aktivering kan gjennom sentralnervøs *sensitivisering* øke negativ stressrespons og føre til sykdom (31). Nervesystemet er plastisk og kan ved gjentatt påvirkning reagere med habituering (mindre respons) eller sensitivisering (økt respons). Sensitivisering uttrykker derfor en ”senket terskel for fyring”, og kan eksempelvis forekomme i muskler, tarm eller hjernestrukturer (32). Sensitivisering har vært foreslått som felles tilgrunnliggende sykdomsmekanisme for mange ulike sykdommer, blant annet for ulike MUPS-tilstander (31-33).

Begrepet forventning står på ulike måter sentralt i CATS-teorien.

Stimulusforventning er basert på psykologisk læringsteori og beskriver hva individet tror en spesiell belastning vil føre til, mens responsutfallsforventning beskriver hvilken betydning individer tillegger sin egen respons. Responsutfallsforventning kan være positiv (=mestring), negativ (=håpløshet) eller helt fraværende (=hjelpeløshet). I klinisk praksis kan CATS-teorien gi grunnlag for behandlingsmessig optimisme gjennom muligheten for å redusere håpløshet eller hjelpeløshet og øke positiv responsutfallsforventning. Positiv responsutfallsforventning er synonymt med *mestring* og beslektet med liknende begrep som for eksempel ”sense of coherence”, ”self efficacy” og ”locus of control” (74).

Det er imidlertid en fare for overindividualisering og ”blaming the victim” ved bruk av CATS-teorien. Individenes genetiske og miljømessige forutsetninger er også sentrale betingelser som bestemmer og utformer betingelsene for stresserfaring og stressrespons. CATS-teorien har i sin opprinnelige form vært brukt som teoretisk rammeverk i norske intervensjoner som har rettet seg mot arbeidstakere som er i jobb (75) eller som er sykmeldt (76). I Danmark er modellen brukt i en stor offentlig helsekampanje som heter ”fra stress til trivsel” (77).

I denne avhandlingen bruker jeg CATS-teorien som teoretisk forankring i forståelsen av hvordan vedvarende aktivering kombinert med manglende mestring kan føre til sensitivisering med uhelse og tap av funksjon som resultat. Særlig ønsker jeg å

fokusere på allmennlegenes bidrag til mestring i betydningen positiv responsutfallsforventning hos pasienter med MUPS.

Marginalitet, MUPS og sykefravær

Begrepet *marginalitet* har i ulike fagdisipliner hatt ulik mening og anvendelse. To anvendte sosiologiske perspektiv er spesielt relevante for denne avhandlingen: marginalitet som kulturell konflikt og marginalitet som partiell sosioøkonomisk deltakelse (78).

Marginalitet kan forstås som en posisjon i utkanten av et normativt sentrum som tas for gitt. En marginal posisjon kan være selvvalgt, ufrivillig, endelig eller midlertidig, og på ulike måter gi grobunn for positiv eller negativ stresspåvirkning. Eksempler på mulige negative stress-stimuli er heteronormativitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (79) eller arbeidslinjen for sykmeldte (80).

Avhandlingen min berører marginalitet på to nivå. For det første representerer *MUPS* medisinske anomalier som ikke passer inn i det biomedisinske paradigmet fordi de representerer *illness* uten *disease* (81). MUPS-tilstander har lav status og prestisje hos leger og legestudenter (82). For det andre representerer *sykmelding* en posisjon med manglende arbeidslivsdeltakelse på et kontinuum mellom ytterpunktene ”trygt forankret i” eller ”varig utstøtt fra” arbeidslivet (78). Hvor individet havner på denne akse avhenger av indre og ytre faktorer, som for eksempel symptomenes utforming og belastning, personlige egenskaper hos den sykmeldte, ressurser og belastninger i nærmiljøet og forhold ved arbeidsmarkedet. Også legen påvirker pasientens marginalitetsopplevelse gjennom egne holdninger og grad av empati og forståelse. Som sykmeldt kan individer havne i en marginal posisjon, på siden av det aktivt, deltagende arbeidslivet.

2. Målsetting og problemstillinger

Den overordnede målsettingen med denne avhandlingen er å utvikle kunnskap om pasienter med MUPS og sykefravær, med særlig fokus på allmennlegens rolle.

Avhandlingen har tre spesifikke problemstillinger:

- Hva sier forskningslitteraturen om faktorer som er forbundet med sykefravær hos pasienter med MUPS?
- Hvordan er konsultasjonsprevalens, symptommonster, yrkesdeltakelse og konsulasjonstiltak for pasienter med persisterende MUPS i norsk allmennpraksis?
- Hva slags marginaliseringserfaringer gjør pasienter med MUPS i forbindelse med langtidssykmelding?

3. Design, materiale og metode

Her følger en presentasjon av strategiene som ble valgt for å studere avhandlingens problemstillinger, samt en beskrivelse av innsamling og analyse av de empiriske data for hver enkelt delstudie.

Delstudiene består av en systematisk oversikt (I, heretter kalt oversiktsartikkelen), en tverrsnittsstudie (II, heretter kalt kartleggingsstudien) og en fokusgruppestudie (III, heretter kalt fokusgruppestudien).

Oversiktsartikkelen (I)

Design

Denne delstudien er en *systematisk oversikt* der vi sammenfattet faktorer som er forbundet med sykefravær hos pasienter med MUPS. En systematisk oversikt samler forskningsresultater og synliggjør kvalitet og status på et eksisterende kunnskapsfelt.

Etikk

En systematisk oversikt er ikke et klinisk forsøk og trenger ingen formell etisk godkjenning. I februar 2011 ble det lansert en open access database (PROSPERO) for registrering av studieprotokoll for systematiske oversikter (83), tilsvarende ClinicalTrials.gov for kliniske studier. En slik registreringsdatabase reduserer mulighet for uønsket duplisering og øker transparens, som til sammen bidrar til en forbedret etisk standard på dette forskningsfeltet. National Institute for Health Research i Storbritannia krever nå registrering i PROSPERO av alle systematiske oversikter de gir sin økonomiske støtte til. Vår protokoll for oversiktartikkelen (I) ble utformet i 2010, og da var PROSPERO på utformingsstadiet og den ble derfor ikke registrert.

Datainnsamling

Jeg samarbeidet med forskningsbibliotekar i planlegging og gjennomføring av vårt systematiske søk. For å strukturere forskningsspørsmålet brukte jeg PICO-verktøyet (population/problem, intervention, comparison, outcome) (84).

Figur 4 : Vår PICO

P	Populasjon	Pasienter med MUPS > 18 år
I	Intervensjon	Kontakt med allmennlege
C	(Sammenlikning)	
O	Utfall	Sykefravær

Inklusjonskriteriene var som følger:

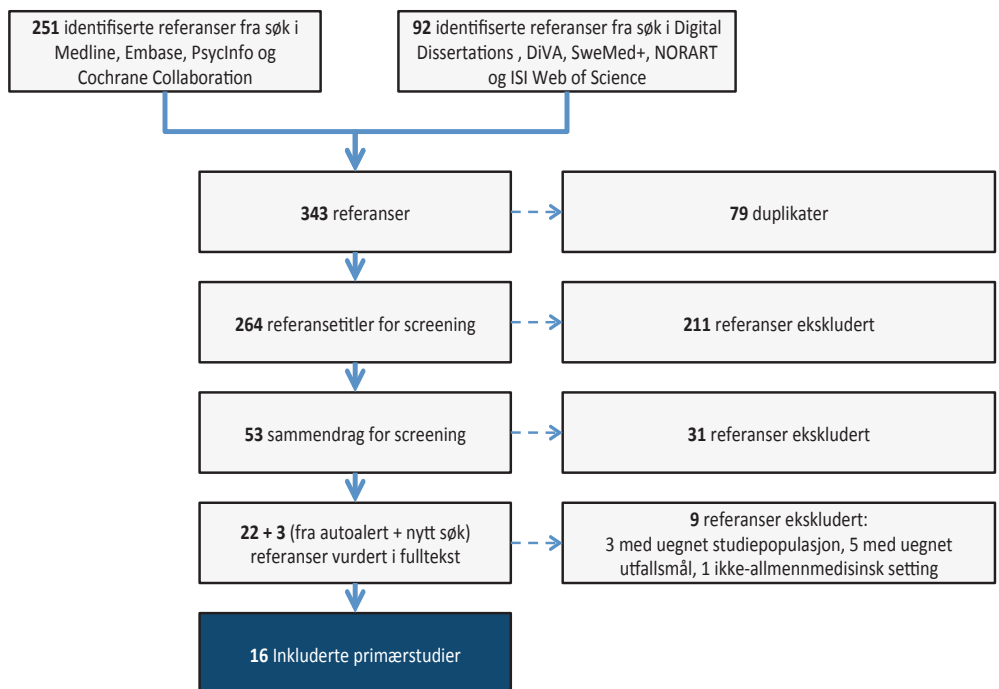
- Artikler som omhandler MUPS (eller et beslektet begrep) og arbeidsuførhet
- Allmennmedisinsk setting
- Ingen begrensning med tanke på studiedesign eller publikasjonsår
- Artikler skrevet på engelsk, tysk, fransk eller et skandinavisk språk

17. juni 2010 søkte vi på tilpassete emne- og fritekstord for henholdsvis MUPS, sykefravær og allmennpraksis i følgende ni databaser: Ovid Medline, Embase, Psych INFO, Cochrane Collaboration Library (fem undergrupper), Digital Dissertations, DiVA, SweMed, NORART og ISI Web of Science. Dette søket resulterte i til sammen 264 treff. Vår søkestrategi for Ovid Medline er vist i Vedlegg 4. Etter gjennomgang av disse i forhold til relevans stod vi tilbake med 22 referanser. I perioden 17. juni til 31. desember 2010 etablerte vi en automatisk elektronisk søkestreng i Ovid (Medline, Embase og PsychINFO). Dernest gjennomførte jeg i mars 2012 et nytt søk med forskningsbibliotekar i alle de ni opprinnelige databasene for tidsrommet 1. januar 2011 til 1. mars 2012. Til sammen ga dette tre nye referanser som i fulltekst ble vurdert med tanke på relevans. Etter nærlesning av de til slutt 25 aktuelle referansene, ble ytterligere ni ekskludert fordi de ikke tilfredsstilte våre

inklusionskrav. Dermed stod vi til slutt igjen med 16 inkluderte primærstudier for analyse. Av disse var fire randomiserte, kontrollerte studier (med tilsammen 1229 pasienter og 85 allmennleger), tre kvalitative studier (alle fokusgruppestudier) og ni tverrsnittsstudier.

Figur 5

Oversikt over søketreff for oversiktsartikkelen (I)



Én av studiene var skrevet på tysk, mens resten var skrevet på engelsk. De fleste studiene stammet fra Nord-Europa, bortsett fra to fra henholdsvis Sør-Afrika og

USA. For hver av de inkluderte studiene systematiserte vi følgende bakgrunnsdata: land, publikasjonsår, studiens formål, design og hovedresultat.

For å vurdere risiko for skjevhet (Risk of Bias), brukte vi for de kvantitative studiene en modifisert versjon (tilpasset vårt design) av Hayden og medarbeidere sitt verktøy (85) basert på Erik L. Werner (ELW) sin tidligere erfaring (65). Dette verktøyet beskriver følgende seks kilder til bias som bør gjennomgå en kritisk vurdering: 1) beskrivelse av studiens deltagere, 2) beskrivelse av frafall, 3) studiens målemetoder, 4) beskrivelse av mulige konfunderende variabler, 5) beskrivelse av utfallsmål og 6) beskrivelse av analysemetoden. I vurderingen av studienes kvalitet benyttet vi et scoringsverktøy som ELW hadde benyttet tidligere (86) der underpunktene til de seks bias-kildene ble besvart med avkrysning på ja/nei/uklart. Fire eller mer “ja” og ingen “nei” ga vurderingen “sterk”, to eller flere “nei” og ingen “ja” ga vurderingen “svak”, mens studier mellom disse ytterpunktene ble vurdert som “moderate”. Først gjorde ELW og jeg dette hver for oss, før vi møttes til diskusjon. Der det var uenighet diskuterte vi oss frem til konsensus. I den kritiske vurdering av de kvalitative studiene valgte vi å bruke Malteruds sjekkliste (87, 88). Endelig ”karakter” på de tre inkluderte kvalitative studiene ble gitt, basert på gjennomgang av punktene i Malteruds sjekkliste opp mot Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sin anbefaling (89).

11 av studiene ble vurdert som “sterke”, fem som “moderate” og ingen som “svake”.

Analyse

Vi ønsket en bred og systematisk tilnærming av de komplekse temaene MUPS og sykefravær og valgte derfor å inkludere ulike studiedesign, også observasjonelle studier. Cochrane-håndboken for systematiske oversikter beskriver at inkludering av kvalitative data i systematiske oversikter kan både øke relevans og nytte av dem (90). Imidlertid finnes det ingen ”gullstandard” for en stringent analyse av data fra heterogene primærstudier, men mulige metoder er beskrevet i litteraturen (91-93). I vår analyse startet vi med at ELW og jeg nærleste de inkluderte studiene hver for oss og trakk ut relevante resultater, både fra tekst og tall. Dette ble etterfulgt av flere

diskusjoner der vi søkte etter overgripende deskriptive tema, som vi til slutt sammenfattet under hovedkategoriene “pasientrelaterte faktorer” og ”legerelaterte faktorer”. Denne analysemetoden valgte vi i vår publisasjon å kalle en ”mixed research synthesis approach”. Vi vurderte at subanalyse av de fire inkluderte RCTer og de tre kvalitative studiene med henholdsvis metaanalyse og for eksempel metaetnografi, ikke var hensiktsmessig på grunn av det begrensede antallet av tilgjengelige primærstudier¹.

Kartleggingsstudien (II)

Design

Opprinnelig hadde vi tenkt å gjennomføre en randomisert kontrollert studie med et undervisningsopplegg om MUPS for norske allmennleger som intervensjon med sykefravær som ett utfallsmål. Manglende epidemiologiske studier fra norsk allmennpraksis omkring forekomst, men aller mest kompleksiteten av sykefraværssfenomenet, gjorde at vi skrinla denne ideen. Vi tenkte derfor at en *tverrsnittsstudie* med kartlegging av pasienter med MUPS i forhold til forekomst, symptom mønster, konsultasjonstiltak og yrkesdeltakelse kunne bidra med nyttige deskriptive grunnlagsdata for en eventuell senere intervensjonsstudie i førstelinjetjenesten. Alle fastlegene i Vest-Agder ble invitert til å registrere pasienter med MUPS fortløpende i løpet av en fire ukers periode høsten 2012.

Etikk

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) vurderte at denne studien ikke var meldepliktig eller konsesjonspliktig (ref. 31527/3/AMS). En tidligere liknende kartleggingsstudie utført av ELW om ryggpasienter ble av Regional komité for

¹ **Erratum I:** Dersom jeg under nærlesningen av primærstudien av Schilte et al hadde sett at ”disclosure”-legene ikke var pasientenes vanlige allmennleger, ville jeg ha ekskludert denne fra oversiktsartikkelen (I). Dette ble jeg først klar over etter lesning av Rosendal et al sitt Cochrane-review om ”enhanced care”.

medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest) også vurdert å ikke være fremleggingspliktig ettersom prosjektet ble definert som en kvalitetssikringsstudie (ref 2010/2950-3). Studiens deltagere er allmennleger, og pasienter som skulle registreres var ikke mulig å identifisere.

Datainnsamling og deltakere

I desember 2011 gjennomførte jeg i samarbeid med forskningsbibliotekar et omfattende litteratursøk på prevalens av MUPS i allmennpraksis, spesielt med henblikk på studiedesign og definisjoner. På bakgrunn av dette laget vi en case-definisjon for MUPS med et varighets- og funksjonsutfallskrav. Denne case-definisjonen ble beskrevet i invitasjonsbrevet til allmennlegene (Vedlegg 5) og skulle benyttes som kriterium for registrering av pasientene. I løpet av en fire ukers periode skulle allmennlegene registrere alle pasienter som kom til konsultasjon og som oppfylte vår case-definisjon. Vi utviklet et registreringsskjema på en side som inneholdt korte spørsmål med avkrysningsalternativer om demografiske pasientdata (kjønn, alder, utdanningsnivå, varighet av MUPS-plager), deres symptommonster (hvilket organsystem plagene i hovedsak knyttet seg til), deres aktuelle status for yrkesdeltakelse og dagens konsultasjonsinnhold (Vedlegg 6). Vi piloterte dette registreringsskjemaet blant mine kolleger ved Vennesla Legesenter (n=13) i en 14 dagers periode i september 2012. Gjennom dette fikk vi testet skjemaets anvendelighet og formuleringer, samt om tiden det tok å fylle ut var rimelig sett i lys av vår kjennskap til allmennlegers travle arbeidshverdag. Vårt valg av fylke var strategisk begrunnet ettersom jeg bor og arbeider i dette fylket og derfor hadde bedre mulighet til å ha personlig kontakt med de inviterte legene både før og under registreringsperioden.

I samarbeid med en statistiker gjennomførte vi en styrkeberegning for å vurdere om vi med vårt utvalg av 160 allmennleger kunne oppnå et presist prevalensestimert, gitt en viss deltagelse. Vår hypotese om konsultasjonsprevalens basert på vår case-definisjon, var 1-5 %. Statistisk sett bruker hver fastlege i Norge gjennomsnittlig 232 2ad-konsultasjonstakster per måned (94), og vi vurderte at 50-70 % legedeltakelse

ville gi et smalt 95 % konfidensintervall for konsultasjonsprevalensestimateret vårt.

Deretter søkte jeg å få en oversikt over kontaktinformasjon over alle allmennleger i praksis i Vest-Agder via ulike kanaler (praksiskonsulent på sykehuset i regionen, HELFO i Kristiansand, leder av Vest-Agder Legeforening, foruten koordinatoren for smågruppene i regionen). Etter å ha laget en strategi for hvordan jeg kunne klare å nå flest mulig av disse i promotering av studien vår, lyktes jeg med å treffe leger på i alt ti lunsjmøter og ti smågruppemøter à to timer. På denne måten traff jeg representanter fra 37 av fylkets 44 allmennlegekontor (seks av de sju jeg ikke møtte var solopraksiser), og jeg møtte i alt 72 av de 160 legene personlig. Gjennom dette fikk jeg samtalt med dem om MUPS og vår case-definisjon, samt studiens formål. I smågruppe-møtene brukte jeg en kasuistikk for å illustrere pasientgruppen som vi ønsket å kartlegge. Foruten dette sendte jeg ut omtale om studien i forkant per e-mail via praksiskoordinator. Dessuten fikk alle de inviterte fastlegene personlig mail fra meg like før og halvveis i registreringsperioden. Dernest sendte jeg også felles SMS med påminnelse om prosjektet. Vårt materiale bestod til slutt av 84 deltakende leger (svarprosent 53 %) som i alt registrerte 526 pasienter med MUPS (399 kvinner).

Tabell 2

Allmennleger i Norge og allmennleger i Vest-Agder sammenlignet med deltakende allmennleger

	Norge	Vest-Agder	Deltakere
Antall	4 189	160	84
Alder	48,5	48,1	48
Kvinner (%)	36,5	33,5	29,8
Listelengde	1 173	1 083	1107
Spesialist (%)	55	62	72,6

Analyse

I planleggingen, gjennomføringen og analysen av kartleggingsstudien (II) benyttet vi STROBE-sjekklisten (The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology statement) (95). Punching og lagring av innsendte registreringsskjema ble tatt hånd om av forskningsassistent ved Uni Research Helse. For analyse brukte vi IBM SPSS versjon 20 for Windows. Vi kjørte deskriptiv statistikk for alle variablene våre med split-file etter kjønn for både leger og pasienter. For analyse av eventuelle signifikante forskjeller mellom gjennomsnittsverdiene i to datasett brukte vi uavhengig t-test for kontinuerlige variabler og Chi-square test for kategoriske variabler. Vi valgte 5 % signifikansnivå².

Fokusgruppestudien (III)

Design

For å utforske marginaliseringserfaringer hos pasienter med MUPS i forbindelse med langtidssykmelding valgte vi å bruke fokusgruppe som metode (96, 97). Dette er en forskningsmetode der data om et tema samles gjennom gruppediskusjon der interaksjonen mellom deltakerne er essensiell for å få frem data.

Etikk

Fokusgruppestudien (III) ble godkjent av godkjent av REK Vest (ref 2010/3208). For å sikre personvernet, ble deltakernes navn endret rett etter intervjuet. Både materialet (lydfiler og transkript) og samtykkeskjemaene ble kryptert og passordbeskyttet etter fokusgruppeintervjuene. Lydfilene ble slettet etter prosjektets avslutning.

² **Erratum II:** Jeg gjør herved oppmerksom på at det var en signifikant assosiasjon mellom antall pasienter med MUPS og totalt antall konsultasjoner i registreringsperioden, slik Tabell 2 i originalartikkelen viser. Siste setning på side 2 i originalartikkelen er derfor delvis feilaktig.

Datainnsamling og deltakere

Vi ønsket inklusjon av deltakere som var pågående sykmeldt på grunn av en MUPS-tilstand med sykmeldingsvarighet på 3-12 måneder. Ettersom vi ønsket oss deltakere med en viss arbeidslivserfaring, satte vi et krav om minimum to års arbeidserfaring. Vi valgte allmennleger som rekrutteringskilder siden de har en hovedrolle i oppfølgingen av sykmeldte pasienter i Norge. I Vennesla kommune er det ett legesenter, hvor det i 2012 arbeidet 13 fastleger (inkludert min daværende vikar) med tilsammen 12 063 listepasienter. Vi tilstrebet et strategisk utvalg deltakere basert på kjønn, alder, sykmeldingsdiagnose, utdanningsnivå og yrke basert på legenes anonymiserte opplysninger om mulig egnede deltakere. Disse fikk så et informasjonsbrev om studien, og jeg kontaktet dem deretter per telefon for endelig avtale. Jeg hadde ingen kjennskap til noen av deltakerne gjennom min fastlegevirksomhet i Vennesla. Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene fant sted i 2011, henholdsvis i mars (kvinnelige deltakere) og i april (mannlige deltakere). I det første intervjuet fungerte Kirsti Malterud (KM) som moderator og jeg som observatør. I det andre intervjuet var jeg moderator, mens en kollega med erfaring fra tidligere fokusgruppeintervjuer var observatør. Gruppeintervjuene foregikk i Vennesla Legesenter. Før oppstart fylte deltakerne ut samtykkeskjema og skjema med demografiske bakgrunnsdata. Vårt utvalg bestod av seks kvinner og seks menn i alderen 24-59 år som ble fordelt på to fokusgrupper. Ti av deltakerne var samboere eller gifte. Ingen hadde utdanning utover videregående skole, og de fleste hadde manuelle yrker (håndverker, lagerarbeid, fabrikkarbeid) eller arbeid innen pleie- og omsorgsykker. Gjennomsnittlig lengde på den aktuelle sykmeldingen var 10,5 måneder. Plagene deres var diagnostisert som tretthet, utmattelse, fibromyalgi, kroniske korsryggsmerter og andre muskelsmertetilstander. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

Vi fulgte en summarisk intervjuguide som vi på forhånd hadde utarbeidet i fellesskap. Moderator inviterte deltakerne til å fortelle om egne erfaringer, både positive og negative, om å være sykmeldt for en MUPS-tilstand, og om hva slags konsekvenser dette hadde hatt angående sosial tilhørighet. Vi gjennomførte dialogisk validering

(98) ved å stille fortløpende klargjørende spørsmål underveis i intervjuene, for å sikre oss at vi forstod deltakerne rett. Etter at de to intervjuene var gjennomført, transkriberte jeg dem. Deretter vurderte vi at disse to intervjuene til sammen inneholdt tilstrekkelige empiriske data til å belyse problemstillingen.

Analyse

I analysen brukte vi systematisk tekstkondensering. Dette er en eksplorerende, tverrgående metode for tematisk analyse av kvalitative data (99). I gjennomføringen av analysen fordrer denne metoden at egen forforståelse (det vi tror vi vet på forhånd, som egentlig er premisser for studien) settes til side i deler av analysen, slik at dette ikke forveksles med funnene (som er det de empiriske data tilfører av ny kunnskap). Før gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene bokførte vi derfor vår egen forforståelse, og i analysen utforsket vi særlig funn som utfordret eller utvidet vår egen forforståelse. Underveis skrev jeg en prosjektlogg som inneholdt blant annet egne refleksjoner, utdrag fra eller linker til andres artikler og huskelapper for eksempel i forbindelse med rekrutteringsprosessen, samt en analyselogg for å dokumentere prosessen, fremgangsmåte og funn i analysen (100). I systematisk tekstkondensering inspirerer forskernes teoretiske perspektiver analysen (som i ”editing analysis style”), men de er ikke førende for denne (som i ”template editing style”) (101). Analysen ble utført som et samarbeid mellom begge veilederne og meg, under ledelse av KM. Vi fulgte følgende fire trinn som til sammen utgjør systematisk tekstkondensering (99):

1. Helhetsinntrykk – ”fra villnis til temaer”

Med et åpent sinn og i en tilbakelemt posisjon med fokus på å legge til side vår forforståelse og teoretiske referanseramme, leste vi gjennom transkriptene hver for oss. Gjennom dette dannet vi oss et individuelt helhetsinntrykk og identifiserte hver for oss fem til åtte tentative tema. Deretter møttes vi til analysedag og forhandlet og samordnet temaene i felleskap til følgende kodegrupper:

- Systemet (jobb, NAV, lege)
- Nettverket (familie, venner)
- Selvet (mestring, personlige egenskaper, sårbarhet)
- Usynlige plager

2. Meningsbærende enheter – ”fra tema til koder”

I dette trinnet hadde vi kodegruppene i bakhodet og leste så gjennom transkriptene påny for å identifisere meningsbærende enheter, som er tekstbiter som sa noe om studiens problemstilling. De meningsbærende enhetene ble kodet og sortert i kodegruppene som vi hadde utviklet. Underveis justerte vi kodegruppene slik:

fra

Systemet (jobb, NAV, lege), Nettverket (familie, venner), Selvet (mestring, personlige egenskaper, sårbarhet), Usynlige plager

til

Erfaringer fra arbeidsliv og profesjonelt støtteapparat, Menneskelige relasjoner, Selvforståelse og handlemåter, Det usynlige

3. Kondensering – ”fra kode til mening”

I dette trinnet tok vi for oss de meningsbærende enhetene innen hver enkelt kodegruppe og sorterte hver av disse i et par subgrupper. For hver subgruppe utviklet vi et kondensat, i førstepersonsform for å huske at det er deltakernes stemme som på dette trinnet skal høres. På denne måten sammenfattet vi teksten fra de meningsbærende enhetene gjennom en iterativ prosess med vandring mellom kondensat-utkast og de meningsbærende enhetene. Eksempelvis ble kondensatet for subgruppen ”de profesjonelle” under kodegruppen ”Det usynlige” slik:

I fjor fikk jeg beskjed om at jeg hadde forstadiet til kreft, og da ringte bedriften meg faktisk opp. Jeg tror nok det er lettere å være litt mer til å følge opp når det er sanne konkrete sykdommer som kan ha døden til følge enn når de ikke

helt vet helt hva det er og at det ikke er så synlig. Det ser så greit nok ut, men inni meg er det jo ingen som vet hvordan jeg har det. Men når de står og ser at jeg blir stående inne i en reol der med bøyd rygg og ser at jeg ikke kommer meg ut igjen, så finner de ut at du kan jo gå hjem i dag, ta deg noen dager. Ofte går tankene til, åh, hadde jeg bare mista beinet, hadde jeg bare noe synlig, slik at jeg kan slå i bordet å si: jeg er faktisk syk altså! Flere ganger har jeg tenkt at jeg skulle ønske at jeg kunne sitte i en rullestol, bare sånn at folk kan se at jeg er syk. På jobben følte jeg meg uglesett da jeg leverte sykmeldingen. Får dårlig samvittighet, spesielt når en ikke kan se at en er syk. Jeg prøvde å snakke med NAV om omskolering, prøve noe nytt, men så lenge det ikke er noen diagnose, så passer jeg ikke inn i noe system.

Jeg føler jo litt på den at kommer til doktoren, så forteller du hva du plages med, og så er det nesten litt sånn at du ikke blir trodd, så lenge du ikke har noen synlig sykdom. Jeg får den følelsen av at de tror jeg sitter der og lyver siden jeg ser helt frisk ut. Det er i grunnen det verste, doktoren kan ikke se hva som er galt og hele tiden må en lissom komme tilbake å si at, nei, det er ikke blitt bedre. Når du ikke har noe konkret, så vil jeg likevel ha en trygghet om at det i alle fall ikke er noe som kan testes på. Hadde jeg brukket en arm, så vet doktoren hva det er for noe, og gir meg da den oppfølgingen som trengs. Akkurat for mine plager, så er det vel egentlig ingen som vet hva som hjelper og hva som ikke hjelper...Så jeg føler vel egentlig at doktoren har gjort det han kan.

For hvert kondensat identifiserte vi deretter et sitat som skulle illustrere vår sammenfatning av hovedfunnene i denne subgruppen, som for eksempel fra den ovenstående subgruppen:

”Det er i grunnen det verste, doktoren kan ikke finne ut hva som er galt, og en må hele tiden komme tilbake å si at det ikke er blitt bedre, kanskje litt, men i alle fall ikke nok til at en kan fungere på jobb.”

4. Sammenfatning – ”fra kondensering til beskrivelser og begreper”

I det siste analysetrinnet sammenfattet vi kondensatene for hver subgruppe til en sammenhengende analytisk tekst for hver kodegruppe som dannet grunnlaget for underavsnittene i resultatdelen i artikkelen. For å vurdere validiteten av resultatene sammenholdt vi disse tekstene med rådata og analyseloggen. Spesielt så vi etter data som eventuelt kunne utfordre våre konklusjoner, og vi vurderte om de valgte sitater var de beste for å illustrere resultatteksten. Analysen vår førte frem til fire resultatkategorier der beskrivelsene av disse fikk følgende overskrifter i fokusgruppestudien (III):

- The invisibility of symptoms increases the burden of sickness absence
- Friends and family become especially important when everyday social contact with workmates is reduced
- The transition from work life to sickness absence evokes ambiguous emotions
- Positive attention and confidence from workplace and professionals is essential ³

³ **Erratum III:** I ettertid er jeg blitt oppmerksom på at referanse 16 i originalartikkelen er kommet med ved en feiltakelse. Den har ikke noe med systematisk tekstkondensering å gjøre.

4. Resultatsammendrag

Artikkel I

Aamland A, Malterud K, Werner EL.

Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: A systematic review

Scand J Prim Health Care, 2012; 30: 147–155

Målsettingen med dette delprosjektet var å utforske hvilke faktorer som er forbundet med sykefravær hos pasienter med MUPS. For dette formålet utførte vi en systematisk sammenstilling av foreliggende empirisk forskning. I alt 16 studier med ulike studiedesign ble inkludert. Vi gjennomførte en pragmatisk tematisk analyse med utgangspunkt i tekst og tall fra artiklene. Resultatene ble delt inn i to kategorier: pasientrelaterte og legerelaterte faktorer. For pasientene var psykisk komorbiditet (angst og depresjon), samt en stor total symptombyrde forbundet med økt sykefravær. For allmennlegene var egne behov, mer og mindre rasjonelle, forbundet med utstedelse av sykmelding. Mangelen på objektive funn vanskeliggjorde allmennlegenes sykmeldingsvurderinger. Derfor kunne et, om enn mindre relevant objektivt funn, bli ilagt avgjørende betydning. En faktor som kunne gjøre allmennlegenes sykmeldingsvurdering enklere, var et veletablert lege-pasientforhold der allmennlegen hadde bred innsikt i pasientens psykososiale situasjon. Forhold som bidro til å øke sjansen for utstedelse av sykmelding var der allmennlegen så en klar hensikt med sykmeldingen, som for eksempel at pasienten tydelig var i behov for en time-out. Ingen av intervensjonene som søkte å gi allmennleger økt kunnskap og bedre ferdigheter i å håndtere pasienter med MUPS, resulterte i redusert sykefravær.

Artikkel II

Aamland A, Malterud K, Werner EL.

Patients with persistent Medically Unexplained Physical Symptoms: A descriptive study from Norwegian general practice

BMC Fam Pract, 2014;15:107.

Målsettingen med dette delprosjektet var å kartlegge MUPS i norsk allmennpraksis med tanke på konsultasjonsprevalens, symptom mønster, yrkesdeltakelse og konsulasjonstiltak. For dette formålet inviterte vi et utvalg norske allmennleger til å registrere pasienter som oppfylte vår case-definisjon av persisterende MUPS, fortløpende over en fire ukers periode i vanlig praksis. Allmennlegene som ble invitert (n=160) var representative for norske allmennleger, og 84 (53 %) av dem deltok i studien. De mannlige allmennlegene var signifikant eldre ($p < 0.001$) og hadde lengre arbeidserfaring ($p = 0.002$) enn de kvinnelige allmennlegene. Hver allmennlege registrerte i gjennomsnitt 6.4 pasienter med MUPS (SD= 4.97, variasjon 0-26). Det var ingen signifikante assosiasjoner mellom antall registrerte pasienter med MUPS og allmennlegenes kjønn, alder, spesialiststatus eller år med arbeidserfaring. Vi fant en konsultasjonsprevalens på 3 % (526 konsultasjoner med pasienter med MUPS av totalt 17 688 konsultasjoner i registreringsperioden). Blant pasientene med MUPS var 399 (75.9 %) kvinner. Pasientene hadde hyppigst symptomer relatert til muskel- og skjelettsystemet og generell tretthet eller utmattelse, med henholdsvis 68.1 % og 57 % for begge kjønn. Hele 234 (44.7 %) pasienter var i arbeid, signifikant flere menn ($p = 0.0047$). Allmennlegene rapporterte at de ga støttesamtaler i 63.7 % av konsulasjonene. I 21.6 % av konsulasjonene ble det utskrevet medikamenter. Det var ingen signifikante forskjeller mellom tiltakene i konsulasjonene mellom de mannlige og kvinnelige allmennlegene.

Artikkel III

Aamland A, Werner EL, Malterud K.

Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: A focus-group study of patients ' experiences

Scand J Prim Health Care, 2013; 31: 95–100

Hva slags marginaliseringserfaringer gjør pasienter med MUPS i forbindelse med langtidssykmelding? Vi gjennomførte to fokusgruppeintervjuer med 12 pasienter i alderen 24 – 59 år (seks kvinner) som hadde vært sykmeldt i gjennomsnitt 10.5 måneder. Inspirert av teorier om marginalisering og mestrings søkte vi spesielt etter erfaringer som kan tenkes å motvirke videre utstøtning fra arbeidslivet. Data ble analysert med systematisk tekstkondensering. Deltakerne fortalte om hvordan mangelen på synlige sykdomstegn kunne føre til manglende forståelse eller mistillit fra familie, venner, arbeidskolleger, arbeidsgivere, NAV-ansatte eller leger. På denne måten ble pasientenes usynlige plager og symptomer en ekstrabyrde utover selve sykmeldingen. Vi fikk høre historier om hvordan tapet av sosialt samvær på jobben kunne gi grobunn for passivitet og isolasjon, men også om hvordan dette kunne motvirkes av positiv oppmerksomhet og støtte fra familie og venner. Flere av deltakerne beskrev følelser som skam og opplevelsen av å være ubrukelig som en følge av det å være sykmeldt. Deltakerne hadde erfart at mestringsstrategier som kunne motvirke slike destruktive følelser var å beholde en fast døgnrytme, være i fysisk aktivitet, samt å være åpen om sine plager ovenfor andre. Noen hadde også funnet alternative kilder til meningsfulle aktiviteter i hverdagen som å tilbringe mer tid sammen med barnebarn. Viktigheten av tillit og forståelse fra personer i hjelpeapparatet, tross manglende objektive funn, ble beskrevet som avgjørende for mange av deltakerne i forhold til å komme seg tilbake i jobb. Analysen viser at allmennlegen kan være en viktig støttespiller og motvirke ytterligere marginalisering i oppfølgingen av langtidssykmeldte pasienter med MUPS.

5. Diskusjon

Metodologiske og etiske vurderinger

I dette kapitlet drøfter jeg hvordan min forforståelse, valg av forskningsdesign og andre praktiske forhold har påvirket resultater, tolkninger og konklusjoner.

Intern validitet - er resultatene gyldige og hva er de gyldige om?

Vitenskapelig kvalitet er ikke knyttet til en bestemt forskningsmetode, men til hvordan kunnskapen er innhentet og håndtert. Intern validitet beskriver hva metode og materiale gir anledning til å si noe sant om (88).

Vi valgte å gjennomføre et systematisk litteratursøk for oversiktsartikkelen (I) og hadde ingen begrensninger for inklusjon med tanke på teoretiske rammeverk, kontekst eller forskningsdesign. Den brede søkestrategien med etterfølgende autoalert og fornyelse av primærsøket underveis har styrket vår mulighet til å inkludere relevante studier. Likevel er det en mulighet for at vi ikke har identifisert alle relevante studier, blant annet fordi MUPS ikke er et emneord og fordi kvalitative studier i noe mindre grad er godt indeksert i medisinske databaser. Begrepet somatisering beskriver en prosess der pasienter erfarer og kommuniserer kroppslige plager som har en primær psykososial årsak (102). Med bakgrunn i kunnskap om PNIE-systemet og betydningen av livsbetingelser har begrepet etter min mening mindre relevans fordi psykososiale belastninger også fører til biologiske spor og omvendt. Dessuten er forklaringer basert i slik reattribuering verken ønsket eller særlig effektive for pasientene (24, 103). Jeg deler oppfatningen om at MUPS er noe annet enn somatisering (19, 24), men ettersom andre forskere har sett på begrepene som synonyme (104, 105), valgte vi etter noe overveielse å ta med "somatisering" som søkeord for oversiktsartikkelen (I). Dette kan ha bidratt til å gjøre sammenhengen mellom MUPS, sykmelding og psykisk komorbiditet sterkere enn det er grunnlag for, slik jeg forstår MUPS-begrepet.

I planlegging og arbeid med oversiktsartikkelen (I) anvendte jeg PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) med dertil foreslåtte flyt-diagram, sjekklister og utfyllende kommentarer til de enkelte sjekklisterpunktene (106). Dette verktøyet fungerte som støtte for transparens i arbeidsprosessen. Jeg gjennomførte den første seleksjon av artikler alene. Dette var lærerikt, men dersom to forfattere hadde gjort dette parallelt og uavhengig av hverandre, kunne vi ha styrket sjansen for best mulig vurdering på dette stadiet.

For registreringsskjemaet til kartleggingsstudien (II) fant vi ikke et egnet validert verktøy ettersom vi ønsket å kartlegge MUPS i norsk allmennpraksis med utgangspunkt i allmennlegenes vurdering. Vi vurderte validerte verktøy for funksjonsvurdering (SF-36 (107), CoopWONCA (108) og NorFunk (109)) og symptomrapportering (SHC (110)), men disse er validert for pasienters selvutfylling, og ikke for utfylling av lege. Vi utarbeidet derfor selv registreringsskjemaet. I mangel av en foreliggende og entydig definisjon av ”persisterende MUPS”, utformet vi vår case-definisjon basert på en kritisk og systematisk gjennomgang av tidligere anvendte definisjoner i litteraturen. For at deltakende allmennleger i størst mulig grad skulle operasjonalisere case-definisjonen likt, tilstrebet vi håndgripelig og konsekvent formidling av den både skriftlig i utsendt materiell og muntlig i personlige møter med inviterte allmennleger.

Vi ønsket å kartlegge persisterende MUPS i en naturalistisk setting der legene selv registrerte de aktuelle pasienter som kom til konsultasjon. Vi anså allmennlegenes personlige kjennskap til pasientene over tid som en særlig styrke for å sikre at pasientene faktisk oppfylte case-definisjonen. En annen kilde for registrering av pasienter med persisterende MUPS kunne ha vært datauttrekk fra elektronisk pasientjournal. En slik fremgangsmåte ville imidlertid ikke ha fanget opp pasientene og informasjonen som vi var ute etter, siden MUPS ikke er en diagnose, samt at journalnotater ikke er standardiserte. En mulig kilde til at vi kan ha underestimert konsultasjonsprevalens er at allmennlegen i løpet av travle praksisdager kan ha glemt å registrere pasienter som skulle inkluderes. Vi regner derfor vår registrering som et realistisk minimumsanslag.

Vi har ikke kartlagt pasientenes symptomer eller symptomopplevelser (som alltid er subjektive), men pasientenes symptommonster relatert til organsystem, slik allmennlegen deres oppfattet det. Vår registrering vil derfor kunne være forskjellig fra pasienters selvrapportering (111), preget av legens interesse og kunnskap om pasienter med MUPS. Derfor kan resultatene om symptommonster være av mindre betydning enn de øvrige kartleggingsfaktorene (konsultasjonsprevalens, yrkesdeltakelse og konsultasjonstiltak).

I kartleggingsstudien (II) anvendte vi begrepet *komorbiditet*, både i forhold til inkluderbare pasienter, og i begrepsdiskusjonen om MUPS. Med dette mente vi at pasientene kunne ha andre samtidige veldefinerte medisinske tilstander, som for eksempel KOLS og diabetes mellitus, uten at disse skulle være årsak til konsultasjon eller pasientens funksjonsutfall. Symptomoverlappning kan føre til at en pasient oppfyller kriteriene for to eller flere MUPS-tilstander samtidig (29). En mer presis begrepsbruk kunne ha vært å anvende henholdsvis *multimorbiditet* (to eller flere samtidige sykdommer som også kan opptre helt uavhengig av hverandre) eller *assosiativ komorbiditet* (to eller flere sykdommer med felles underliggende sykdomsmekanismer) om dette (112).

I fokusgruppestudien (III) ønsket vi å få innsikt i pasienters marginaliseringserfaringer. Uheldig gruppedynamikk i fokusgruppeintervju kan hindre erfaringsutveksling i gruppene (96), så vi forsøkte derfor å skape en rolig og trygg atmosfære. Eksempel på en strategi for å skape trygghet og grobunn for åpenhet blant deltakerne var da KM nevnte at hun selv hadde gått sykmeldt på grunn av ryggplager. Vi erfarte at flere av deltakerne bidro med assosiasjonsfremmende erfaringsutvekslinger. Vi hadde utarbeidet en intervjuguide som mer var mer støtte for struktur fremfor en tvangsmessig sjekkliste for moderator (96). Intervjuguiden vår hadde derfor større nytteverdi for oss i forberedelsene av fokusgruppeintervjuene enn i selve gjennomføringen. Vi forsøkte innledningsvis å være tydelige på at vi også ønsket å høre om eventuelle positive erfaringer med det å ha vært langtidssykmeldt for MUPS, ikke bare negative erfaringer.

Vi valgte fokusgruppeintervju fremfor individualintervju ettersom vi ønsket å få frem bredde fra mange erfaringshistorier fremfor færre detaljerte bidrag. Ettersom både MUPS og sykmelding kan representere sensitive tema (97), kan det tenkes at noen av deltakerne holdt tilbake noen av sine marginaliseringserfaringer på grunn av skamfølelse (113). Som moderator og observatør la jeg ikke merke til mulige uttrykk for skamfølelse hos deltakerne. På den andre siden kan deltakelse i gruppe ha ført til større trygghet gjennom selvbekreftelse (97), slik at deltakerne opplevde det lettere å dele om sine marginaliseringserfaringer. Et gruppeintervju kan også være positivt med tanke på å danne en passende distanse mellom deltaker og intervjuer, sammenliknet med individualintervju (98). Vi valgte kjønnsbaserte grupper som en homogeniseringsstrategi for å motvirke mulig mannlig negativ dominans ("påfugleffekt") (114) i gruppediskusjonene. Jeg opplevde at både kvinner og menn kom godt til orde i fokusgruppene.

Vi gjorde lydopptak av gruppeintervjuene fremfor video fordi vi var mer interesserte i innholdet i deltakernes historier enn i måten historiene ble fortalt på. Lydopptak er også mindre invasivt i konteksten for et intervju. Etter to fokusgruppeintervjuer vurderte vi at transkriptene inneholdt tilstrekkelig et rikt og variert materiale for videre analyse. Det er ikke nødvendigvis antall deltakere eller antall fokusgrupper som er avgjørende for god vitenskapelig kvalitet (115), og i dette prosjektet ga to fokusgruppeintervjuer med til sammen 12 deltakere troverdige historier med god variasjon som et godt empirisk grunnlag for vår analyse.

I begge fokusgruppeintervjuene var både moderatorer og observatører leger. I en kvalitativ studie er det sannsynlig at deltakere forteller sine historier ulikt til ulike forskere avhengig av deres profesjon. Derfor er det mulig at vi kunne ha fått en bredere erfaringsutveksling om vi hadde hatt større profesjonsbredde på forskningslaget vårt. Både leger og NAV-ansatte kan for mange representere det "offisielle og korrekte". Vi forsøkte å imøtekomme dette innledningsvis ved å si at vi ikke var "spioner" fra NAV, og at vi også kunne se for oss mulige positive konsekvenser av det å gå sykmeldt. Ettersom jeg fortalte deltakerne at jeg er kollega med fastlegene deres, kunne det tenkes at de vegret seg for å dele negative konkrete

erfaringer med fastlegene sine. Imidlertid så vi ved kritisk nærlesning av transkriptene at det forekom noen spontane og ærlige ytringer om negative erfaringer med fastlegene. Det er likevel mulig at andre intervjuere som ikke selv er allmennleger, hadde funnet at allmennlegene har en mindre betydningsfull rolle enn det vi gjorde.

Ekstern validitet - resultatenes overførbarhet til andre sammenhenger eller populasjoner

Usikkerheten ved overførbarhet av forskningsfunn fra en kontekst til en annen øker jo større den sosial og kulturell ulikheten mellom konteksten er. Internasjonal forskning indikerer at MUPS-temaet er relevant for allmennleger i mange land (19, 35, 103). Sykefraværsforskning fra ulike land viser at pasienter med MUPS kan oppleves som en utfordrende gruppe av allmennlegen (116-118). Dermed kan våre forskningsfunn ha overføringsverdi til allmennleger og andre med sykmeldingsansvar i andre land. Oversiktsstudien (I) viser en sammenheng mellom total symptombyrde og arbeidsevne. Vi kan anta at dette også kan overføres til pasienter med veldefinerte medisinske tilstander som for eksempel KOLS og diabetes mellitus når flere funksjonsnedsettende symptomer foreligger samtidig.

Kartleggingsstudien (II) er en tverrsnittstudie som belyser pasienter med MUPS sett fra allmennlegens perspektiv. Resultatene kan danne grunnlag for intervensjonsstudier på allmennlegers håndtering av pasienter med persisterende MUPS. Ut fra fordelingen angående kjønn, alder, spesialiststatus og listelengde var allmennlegene i vår studie representative for norske allmennleger. Vi vet imidlertid ikke hvorvidt utvalget likevel skiller seg ut fra andre norske allmennleger angående kunnskap og interesse for pasienter med MUPS. I så fall kunne vi muligens forvente at de som takket ja til et personlig møte med meg i forkant av studien, var en spesielt interessert gruppe. Jeg erfarte imidlertid at flere av dem som jeg møtte personlig ikke deltok i studien. En høyere responsrate enn 53 % ville uansett ha bidratt til å styrke den eksterne validiteten av kartleggingsstudien (II) vår.

Begrep som representativitet og repeterbarhet er ikke relevante for vurdering av ekstern validitet av kvalitativ forskning. I en kvalitativ studie tilstreber vi et strategisk utvalg av deltakere med maksimal variasjon for forhold som kan ha betydning for problemstillingen (88). I denne studien søkte vi etter variasjon av pasienter med tanke på faktorer som kjønn, alder, sykmeldingsdiagnose, utdanningsnivå og yrke for å få best mulig bredde av marginaliseringserfaringer. Vi lyktes imidlertid ikke i å rekruttere deltakere med høyere utdanning eller ledende stillinger, og det er derfor sannsynlig at vi kan ha gått glipp av marginaliseringserfaringer som er mer spesifikke for slike grupper. Overførbarheten av funnene fra fokusgruppestudien (III) handler ikke om hvorvidt utvalget var representativt eller ikke, og vårt design gir ikke grunnlag for å vurdere likheter og forskjeller mellom kvinner og menns marginaliseringserfaringer. Resultatene fra fokusgruppestudien (III) kan ha overføringsverdi til andre grupper i samfunnet som står i en marginal posisjon, som for eksempel unge som aldri har klart å befestе seg i arbeidslivet, rusmisbrukere, eller pasienter med invalidiserende kronisk sykdom. Viktigheten av å bli møtt med anerkjennelse og respekt av allmennleger og NAV-ansatte kan også for andre enn langtidssykmeldte pasienter med MUPS være avgjørende for å motvirke ytterligere marginalisering, for eksempel pasienter med KOLS.

Refleksivitet

«Refleksivitet innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen», sier Malterud (88). All forskning påvirkes av forskerens posisjon og perspektiv (forforståelse) gjennom valg av problemstilling og metode, samt tolkning av resultater. Temaet og metodevalget for oversiktsartikkelen (I) var basert på mitt ønske om å tilegne meg mer teoretisk kunnskap om fenomenet MUPS og sykefravær. Gjennom dette arbeidet lærte jeg spesielt hvor utfordrende terminologien på MUPS-feltet er. Mangelen på ett felles begrep vanskeliggjør forskning og formidling av MUPS, samtidig som jeg verken ønsker eller tror det er mulig å utvikle én konsensusbasert definisjon på dette fenomenet. Jeg er heller ikke tilhenger av at MUPS bør bli en egen diagnose, fordi det finnes allerede for mange

diagnoser i de eksisterende diagnosekodeverkene, og en diagnose vil trolig ikke bidra til at disse pasientene får bedre behandling i møte med helsevesenet. Min vurdering er at behandlingskvaliteten er mer avhengig av helsevesenets strukturelle oppbygging og terapeuters kunnskap, holdninger og strategier ovenfor pasienter med MUPS. Uansett kan MUPS-begrepet være en hensiktsmessig overordnet analytisk knagg for allmennleger uten at dette er ment å fungere i kommunikasjon med pasientene (119), slik som for eksempel metabolsk syndrom eller atopiske lidelser.

En kvalitativ studie gir spesielle utfordringer til refleksivitet ettersom datainnsamlingen foregår ved at de empiriske data utvikles i direkte møte mellom forskeren og deltakerne. Både spørsmålene som stilles og oppfølgingen av svarene som blir gitt, er alltid preget av forskerens forforståelse. I fokusgruppeintervjuene forsøkte vi å unngå uttrykk som kunne oppfattes som normativt negative, og vi understreket ønsket om ærlige og konkrete historier om marginaliseringserfaringer og ikke selve sykehistoriene til hver enkelt deltaker. Vi ønsket å få frem konstruktive erfaringer med overføringsverdi til andre allmennleger. Våre holdninger om ressurstenkning styrte deltakerne til å dele positive erfaringer som kunne ha forhindret ytterligere marginalisering fremfor negative erfaringer preget av mer håpløs eller hjelpeløs tankegang (120). Denne holdningen styrte også vårt blikk i analysen, slik at vi kan ha oversett noen negative erfaringer. I analysen var vi alle tre like delaktige, noe som reduserte risikoen for at en pasienthistorie som særlig engasjerte én av oss ble tillagt uforholdsmessig stor vekt. I begge fokusgruppeintervjuene hadde vi kvinnelige moderatorer. Det kan tenkes å ha vært en styrke for studien fordi kvinner kan ha lettere for å gjenkjenne og anerkjenne andres marginalitetserfaringer, både for mannlige og kvinnelige deltakere, med utgangspunkt i sitt eget kjønn.

Etiske utfordringer

De nasjonale forskningsetiske komiteene vektlegger en rekke punkter for god forskningspraksis uavhengig av forskningsmetode, som anonymisering og aidentifisering, datasikkerhet, etterprøvbarehet, etterrettelighet, konfidensialitet,

personvern og samtykke (121). Kvale påpeker viktigheten av å foreta etiske avgjørelser gjennom hele forskningsprosessen og ikke bare i utforming av prosjektbeskrivelser (98), og han lister opp fire tema som alltid bør overveies i etisk perspektiv, nemlig:

- Informert samtykke
- Konfidensialitet
- Konsekvenser
- Forskerens rolle

I det følgende vil jeg diskutere noen av de viktigste etiske vurderingene som er gjort underveis i dette prosjektet.

Ettersom *oversiktsartikkelen* (I) bygger på andres publiserte primærstudier, forutsatte vi at forskerne bak disse hadde fulgt forskningsetiske retningslinjer. Vi innhentet ikke samtykke fra forfattere med tanke på inklusjon i oversiktsartikkelen (I). Ettersom studier med negativ effekt sjeldnere publiseres, er det mulighet for at vi har gått glipp av gjennomførte egnete studier til oversiktsartikkelen (I). I vårt tilfelle ville inkludering av slike studier bidratt til styrking av hypotesen om at allmennlegebaserte intervensjoner ikke har bidratt til lavere sykefravær.

I ettertid ser jeg at min iver etter høy deltakelse i *kartleggingsstudien* (II) kan ha ført til en svekkelse av konfidensialiteten ovenfor de inviterte allmennlegene, ettersom jeg etter første registreringsperiode selektivt purret på allmennlegene som hittil ikke hadde deltatt. Det var imidlertid ikke mulig å koble pasientdata til den enkelte allmennlegen. Både mitt ønske om høy deltakelse og god kvalitet på registreringene, var medvirkende for min rekrutteringsstrategi. Særlig for denne delstudien ville det ha vært en stor fordel dersom rekruttering kunne ha gått gjennom et allerede eksisterende norsk forskningsnettverk for allmennleger, slik det nå er foreslått opprettet (122). Dette kunne ha sikret en høy deltagelse uten mulighet for bindinger mellom forskere og deltakere.

Jeg valgte å spørre mine kolleger om å rekruttere pasienter til fokusgruppestudien (III). Det er derfor en mulighet for at noen av deltakerne kan ha følt seg presset til å delta hvis fastlegen sa at de spurte for å hjelpe en kollega som forsker. Vi fikk imidlertid ingen indikasjoner på dette. Deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien i forkant av fokusgruppeintervjuene. Da jeg ringte potensielle deltakere for å avtale praktiske formalia med tanke på gjennomføringen, viste det seg at noen likevel ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon fra allmennlegen sin. De var derfor uvitende om at de var vurdert som potensielle deltakere. Heldigvis reagerte ingen på dette, og det fikk ingen negative etterspill. To av deltakerne meldte avbud på grunn av henholdsvis omgangssyke og sykt barn den dagen intervjuet skulle finne sted. En mannlig deltaker med sosial angst ytret bekymring til meg om sin deltakelse i gruppen rett før intervjuet skulle starte. Som moderator tok jeg derfor særlig hensyn til han underveis i fokusgruppeintervjuet, og trakk han inn i gruppediskusjonen bare ved et par anledninger. Observatøren sa i ettertid at dette gled naturlig uten synlig ubehag for denne deltakeren. Ingen av deltakerne trakk seg underveis i intervjuene.

Å rekruttere pasienter fra ett og samme legesenter lokalisert i en geografisk liten kommune med et ønske om åpenhet om mulige sensitive tema som MUPS og sykefravær, kan ha ført til at noen deltakere lot være å dele av sine erfaringer på grunn av opplevd nærhet og ubehag. Deltakerne fikk informasjon om viktigheten av gjensidig taushetsplikt gjennom informasjon i forkant av og rett før vi startet gruppeintervjuet. Dermed ble løftet om å ikke å røpe hverandres tilstedeværelse eller referere til andres utsagn i ettertid eksplisitt poengtert. Likevel kan vi ikke være sikre på at deltakerne faktisk holdt dette løftet. Vi kan heller ikke være sikre på at noen av deltakerne angret seg på at de deltok, for eksempel på grunn av opplevd ydmykelse, men vi fikk ingen tilbakemeldinger på dette i ettertid verken fra deltakerne eller fastlegene deres.

Jeg har altså underveis i forskningsprosessen møtt noen etiske utfordringer som jeg fortløpende har drøftet med veilederne mine. Disse erfaringene har gitt meg viktig lærdom som fersk forsker.

Dernest har jeg underveis i forskningsprosessen opplevd en personlig dreining bort fra en forståelse av at vi i Norge har et for høyt sykefravær i betydningen feil nivå, selv om det fører til store utgifter for staten. Dernest er jeg blitt økende overbevist om at MUPS i betydningen persisterende MUPS ikke utgjør en hovedandel av de sykmeldte. Jeg har videre erkjent at en betydelig andel av pasienter med persisterende MUPS også deltar i arbeidslivet. Kunnskap om mangfold blant pasienter med MUPS har gjort at jeg nå opplever en økende etisk forpliktelse til å motvirke et negativt og stereotypet syn på ”MUPS-pasienter”.

Resultatdiskusjon

I delstudiene har vi funnet at pasienter med persisterende MUPS er vanlig i allmennpraksis med en konsultasjonsprevalens på 3 %, og at en betydelig andel av disse pasientene er i arbeid til tross for sine plager (kartleggingsstudien II). Tidligere intervensjonsstudier fra allmennpraksis på pasienter med MUPS har ikke dokumentert noen sikker effekt på sykefravær (oversiktsartikkelen I). Pasienter med MUPS beskriver negative marginaliseringserfaringer med langtidssykmelding, noe allmennlegene kan bidra til å motvirke gjennom å være viktige støttespillere i en vanskelig prosess (fokusgruppestudien III). I følgende avsnitt vil jeg drøfte våre hovedfunn i lys av tidligere forskning, og belyse teoretiske og kliniske implikasjoner av våre forskningsfunn.

Likheter og mangfold blant pasienter med MUPS

Pasienter med MUPS deler noen fellestrekk. Kliniske fellestrekk er til dels overlappende symptomatologi og diagnosekriterier, høyt helsetjenesteforbruk, fare for å bli utsatt for unyttig og potensielt skadelig utredning og behandling, og negative personlige erfaringer i møte med helsevesenet (29). Demografiske fellestrekk er overvekt av middelaldrende kvinner tilhørende lavere sosioøkonomiske klasser (123, 124) med økt forekomst av negative livserfaringer (29). Kartleggingsstudien (II) bidrar med funn som gir grunnlag for et mer differensiert demografisk bilde av

pasienter med MUPS idet 24 % av pasientene var menn, 35 % var yngre enn 40 år, 26 % hadde høyere utdanning, og 45 % var yrkesaktive.

Analysen i oversiktsartikkelen (I) viser at symptombyrde og psykiatrisk komorbiditet er assosiert med sykefravær hos pasienter med MUPS. Fra et oppdatert systematisk søk i april 2014 identifiserte jeg en ny studie som viser sammenheng mellom total MUPS-symptombyrde og kostnader, både direkte (helsetjenesteforbruk) og indirekte (sykefravær) (125). Det er sannsynlig at disse faktorene som er assosiert med sykefravær også gjelder for pasienter med veldefinerte medisinske tilstander. Fokusgruppestudien (III) viste imidlertid at mangel på objektive funn og tillit og forståelse fra viktige rundt bidro til en betydelig ekstrabyrde utover selve symptombelastningen. Forekomsten av psykiatrisk komorbiditet øker med økende symptombyrde av MUPS (19), men det samme kan også gjelde for pasienter med veldefinerte medisinske tilstander (126).

Det er hevdet at lavtlønnete i manuelle yrker oftere er sykmeldt på grunn av større sekundærgevinst (127). Deltakerne i fokusgruppestudien (III) som alle var lavt utdannede med manuelle yrker, beskrev imidlertid bare negative erfaringer av å gå sykmeldt som passivisering, isolering og skamfølelse. I motsetning til de kvinnelige deltakerne i Johanssons studie fra 1990-tallet fortalte våre deltakere om sterk og positiv jobbidentitet (128). Deltakerne i fokusgruppestudien (III) formidlet gjennomgående sterke ønsker om å komme tilbake i arbeidsrelatert aktivitet. Slike forskjeller kan henge sammen med en samfunnsutvikling med stadig sterkere forventning om at alle bør bidra til fellesskapet, samt økt kvinnesysselsetting, men kan like gjerne være basert i studienes design og ulikheter i utvalg og intervjufokus og må derfor tolkes med varsomhet.

Til sammen viser dette at det eksisterer både likheter og mangfold blant pasienter med MUPS. Mangfoldet kommer til syne gjennom demografi, psykiatrisk komorbiditet, yrkestilknytning og yrkesdeltakelse. Uheldig stereotypisering av ”MUPS-pasienter” kan resultere i forenklet tenkning om komplekse årsakssammenhenger og føre til uhensiktsmessige valg av utredning og behandling.

Allmennlegers holdninger og strategier i møte med pasienter med MUPS

Allmennlegen kan kjenne seg usikker i møte med helseplager som stemmer dårlig overens med medisinske lærebøker. Usikkerhet skaper frustrasjon. Dette kan forklare hvorfor mange allmennleger oppfatter pasienter med MUPS som særlig krevende (118, 129), samt hvorfor MUPS-tilstander har lav medisinsk prestisje (82).

Oversiktsartikkelen (I) viser hvordan mangel på objektive funn gjør sykmeldingsvurderinger av pasienter med MUPS særlig vanskelig, noe som trolig henger sammen med at "disease" er idealet for sykerollen i vårt samfunn (130). Kartleggingsstudien (II) viser at henvising var blant tiltakene i 18 % av konsultasjonene. På grunn av denne studiens design er det umulig å si om dette dreier seg om unødvendige og potensielt uheldige utredninger og behandlinger ettersom det også kan ha dreid seg om hensiktsmessige MUPS-henvisninger og om henvisninger for ikke MUPS-relaterte forhold.

Allmennlegers usikkerhet og frustrasjon kan føre til at pasienter med MUPS blir ytterligere marginalisert som et resultat av økt belastning gjennom opplevd diskriminering (131) eller skamfølelse (80). Imidlertid finnes det allmennleger som tar ansvar for, og som kjenner seg kompetente og tilfredse, med å gi et faglig forsvarlig tilbud til pasienter med MUPS. Følgende holdninger og strategier er beskrevet som "suksessstrategier" for allmennlegene i møte med pasienter med MUPS (35, 120, 132, 133):

- å akseptere symptomkonsekvenser tross manglende objektive funn
- å akseptere hovedrollen i behandlingsskjeden
- å jobbe aktivt for å skape og beholde en positiv terapeutisk allianse
- å gjøre bruk av en biopsykososial sykdomsmodell tidlig i utredningsforløpet
- å tåle diagnostisk usikkerhet
- å forhindre medikalisering
- å anerkjenne pasientens egen vurdering av sin situasjon
- å dreie fokus fra helbredelse til mestring

Det er sannsynlig at støttesamtalene som var det hyppigste konsultasjonstiltaket i kartleggingsstudien (II) inneholder elementer fra liknende strategier. Noen av deltakerne i fokusgruppestudien (III) beskrev hvordan allmennlegen deres hadde gitt dem tid, forståelse og tillit, og på den måten medvirket til å forebygge ytterligere marginalisering i sykmeldingsforløpet. Vi savner imidlertid fortsatt mer sikker kunnskap om hvorvidt strategier som allmennleger vurderer som vellykkete faktisk påvirker forløpet og plagene hos den enkelte pasient (103, 134).

I kartleggingsstudien (III) fant vi at 3 % av allmennlegenes konsultasjoner dreide seg om pasienter med persisterende MUPS. En sammenliknbar konsultasjonsprevalens ble funnet i en amerikansk studie fra 2010 med en liknende case-definisjon som vår (135), og en registerbasert nederlandsk studie fra 2006 viste at 2.45 % av pasientene som hadde konsultert allmennlegen sin i løpet av ett år hadde persisterende MUPS (41). Konsultasjonsprevalenser omkring 3 % er et lavere estimat enn det som gjengis i litteraturen om forekomst av MUPS i allmennpraksis, hvor forekomst rundt 15 % er rapportert (136). Store variasjoner i prevalenstall kan skyldes bruk av ulike MUPS-definisjoner, der noen forskere velger å inkludere banale, forbigående hverdagsplager som MUPS (137). Sammenlignet med tilgjengelig diagnosestatistikk basert på norske allmennlegers regningskort representerer en konsultasjonsprevalens på 3 % en av de vanligste pasientgruppene sammen med atrieflimmer, diabetes mellitus og depresjon som hver står for rundt 2-5 % av diagnosene (138). Våre funn viser derfor at konsultasjoner med pasienter med persisterende MUPS i allmennpraksis forekommer sjeldnere enn tidligere antatt, men samtidig like hyppig som for andre vanlig forekommende pasientgrupper i allmennpraksis. Dernest viser kartleggingsstudien (II) at konsultasjonsprevalens av MUPS ikke varierte signifikant med legenes kjønn, alder, spesialiststatus og arbeidserfaring. Dette innebærer at alle allmennleger vil møte et betydelig antall pasienter med MUPS. Våre funn viser med dette at allmennleger bør ha like god kunnskap om MUPS som for eksempel atrieflimmer, diabetes mellitus og depresjon, og belyser derfor viktigheten av at MUPS bør være et eget tema i legeutdanningen (139), kanskje spesielt i allmennlegers videre- og etterutdanning (140).

Kartleggingsstudien (II) viser at pasienter med MUPS oppsøker sin allmennlege, uavhengig om de arbeider, er sykmeldt eller varig falt ut av arbeidslivet. Selv om vi ikke har undersøkt hva som foregår i disse konsultasjonene, indikerer oversiktsartikkelen (I) at allmennleger kan kjenne seg ubekvemme i rollen som sykmelder, mens deltakerne i fokusgruppestudien (III) uttrykte positive erfaringer med allmennlegene sine. Det allmennlegene tror pasientene krever av dem eller som de krever av seg selv i rollen som lege, samsvarer ikke nødvendigvis med det pasientene med MUPS ønsker seg. En allmennmedisinsk forskergruppe i Liverpool har studert hva som utspiller seg i konsultasjonene mellom allmennleger og pasienter med MUPS. Disse forskerne har vist at det i stor grad er allmennlegene selv som bidrar til biomedisinske intervensjoner (141), mens pasientene derimot viser til psykososiale forhold som kan være medvirkende, men som ikke allmennlegene fulgte opp (142, 143). Imidlertid kan det også være motsatt når det er pasientene som etterspør biomedisinske funn for sine plager og derfor viser motstand mot forsøk på å trekke inn psykososiale forhold (144). Uansett er det mange allmennleger som strever med å strukturere konsultasjonene (145), og mange, også erfarne, mangler script for å gi konstruktive forklaringer i møte med pasienter med MUPS (146). Når allmennleger er oppmerksomme på pasientens egen tolkning og beskrivelse (147-149), og har kunnskap om PNIE-systemet, blir det enklere å skape en konstruktiv forklaring og felles forståelse av plagene (20, 150, 151). Det er mulig at motstanden mot å inkludere psykososiale forhold i slike forklaringer dempes når allmennlegen innlemmer mulig fysiologiske mekanismer for plagene (152). Konstruktive forklaringer kan bidra til å styrke positiv responsutfallsforventning og forhindre ytterligere marginalisering hos pasienter med MUPS.

Allmennleger som erfarer at de mestrer rollen sin i møter med pasienter med MUPS, kan overføre dette til andre allmennlegekolleger, men fortsatt er det behov for å dokumentere at ulike suksessstrategier og konstruktive forklaringer har effekt på pasientutfallsmål (103, 134).

Betydningen av samarbeid mellom sykmeldingsaktørene

Fire av primærstudiene fra oversiktsartikkelen (I) viste at allmennlegebaserte intervensjoner ovenfor pasienter med MUPS ikke påvirket sykefraværet, og det samme er funnet i en nyere Cochrane-oversikt (103). For intervensjoner ovenfor pasienter med MUPS i andrelinjetjenesten blir pasientene gjerne rekruttert fra allmennpraksis, slik at allmennlegene blir kontrollgruppen ("usual care") (153). Innholdet av "usual care" er som oftest ikke beskrevet. Det har vært hevdet at allmennlegers behandling hovedsakelig består av legemiddelutskrivning og viderehenvisning (153), og mangler fokuserte samtaler om mestring (154). Funn fra to av delstudiene i denne avhandlingen kan tjene som en motvekt til en slik forståelse av allmennlegens rolle. For det første viste kartleggingsstudien (II) at støttesamtaler var det hyppigste konsultasjonstiltaket hos allmennlegen, mens medisiner og henvisninger i mindre grad var blant tiltakene. For det andre viste analysen fra fokusgruppestudien (III) at noen av deltakerne hadde erfart at allmennlegene hadde bidratt til å motvirke ytterligere marginalisering i sykmeldingsprosessen. Kompleksiteten av sykefraværssfenomenet illustreres av de få og i hovedsak negative randomisert-kontrollerte studier om sykefraværssreduserende tiltak (54). Hvert sykepengetilfelle er påvirket av flere aktører: pasienten selv, legen, arbeidsforholdet og samfunnet (155). Derfor kan sykefravær være et mindre hensiktsmessig utfallsmål i fremtidige allmennlegebaserte intervensjoner ovenfor pasienter med MUPS. Våre funn fra kartleggingsstudien (II) om at 45 % av pasientene med persisterende MUPS i allmennpraksis var i arbeid, støtter også dette. Mer hensiktsmessige utfallsmål i slike studier kan heller være selvrapporterte helseplager, funksjon, livskvalitet og helsetjenesteforbruk.

Fremtidig forskning på sykefraværssreduserende tiltak for pasienter med MUPS i førtelinjetjenesten i Norge bør omfatte utvikling og evaluering av kvalifisert samarbeid mellom flere sykmeldingsaktører. Et vellykket eksempel på dette er beskrevet i en nederlandsk studie om langtidssykmeldte pasienter med kroniske korsryggsmelter (156). Med forankring i den biopsykososiale sykdomsmodellen (3) viser Lambeek og kolleger at intervensjoner utarbeidet i samarbeid mellom lege,

fysioterapeut, arbeidsgiver og arbeidstaker hadde signifikant effekt på vedvarende jobbnærvær. Det kan tenkes at et slikt lokalt forankret engasjement kan bidra med tilrettelegging som resulterer i økt positiv responsutfallsforventing hos arbeidstakere (73). Til sammen viser dette at tiltak som har målsetting om å redusere sykefravær på et overordnet plan, bør ha utgangspunkt i tverrfaglighet og samarbeid mellom alle sykmeldingsaktørene, og ikke bare rette seg mot enkeltaktører. Det er et behov for å dokumentere effekt av tiltak rettet mot sykefravær, samtidig som tiltak som ikke viser effekt bør fases ut (54).

Kjønnsperspektiver på MUPS og sykefravær

På norsk har vi ingen språklig distinksjon mellom biologisk kjønn (noe man er, på engelsk: *sex*) og sosialt kjønn (noe som foregår, på engelsk: *gender*). Tilsvarende blir det engelske *doing gender* på norsk å ”gjøre kjønn”, eller ”kjønning”, som uttrykk for at sosialt kjønn skapes i interaksjoner mellom kvinner og menn både på individuelt, strukturelt og symbolsk nivå (157). Medisinsk praksis er ikke kjønnsnøytral (158). Leger møter pasienter med sine egne kjønns spesifikke stereotypier og bidrar dermed til å ”gjøre” kjønn gjennom ord og handling (159). For eksempel viser tidligere empirisk forskning at kvinnelige og mannlige pasienter gjennomgår ulik utredning og behandling for samme lidelse (160), får ulike diagnoser for likt symptomtrykk (161), og at kvinnelige pasienter lettere oppfattes som somatiserende (162). Kartleggingsstudien (II) bekrefter tidligere forskningsbasert kunnskap om at kjønnsfordelingen blant pasienter med MUPS er skjev, med et betydelig flertall av kvinner.

Også pasienter ”gjør” kjønn ved å framstille seg slik henholdsvis menn og kvinner i vårt samfunn forventes å opptre. Tidligere forskning har vist at kvinnelige pasienter med kroniske muskelsmerter har egne strategier i møte med leger, både for å fremstå som troverdige pasienter og bevare egen verdighet (163, 164). Hvorvidt legenes kjønn innvirker på bruk av slike strategier, beskrives ikke i disse studiene, men Hall et al. har i sin metaanalyse vist at pasienter opptrer ulikt avhengig av legens kjønn (165), selv om det muligens er mer hensiktsmessig å fokusere på

samspilldimensjonen i konsultasjonen (166). Ingen av våre delstudier var imidlertid lagt opp for å utforske kjønnsperspektiver i samhandlingen mellom lege og pasient. En mannlig deltaker i fokusgruppestudien (III) beskrev hvordan mangelen på forståelse førte til at han byttet fra en mannlig til en kvinnelig lege, men dette utforsket vi ikke videre i gruppeintervjuet. Fokusgruppestudien (III) var heller ikke designet som en komparativ studie angående marginaliseringserfaringer avhengig av kjønn. I kartleggingsstudien (II) fant vi riktignok ingen signifikante kjønnsforskjeller blant legene i forhold til konsultasjonsprevalens og tiltak i konsultasjonen. Jeg vil ikke bruke dette som argument for at kjønn ikke spiller noen rolle.

I kartleggingsstudien (II) fant vi at andelen av menn som arbeidet til tross for sin persisterende MUPS-tilstand var signifikant høyere enn blant kvinnene. Norges arbeidsmarked er svært kjønnssegregert, både horisontalt (ulike bransjer) og vertikalt (ulike stillinger innad i én bransje) (56). Dette indikerer at ulike arbeidsforhold for kvinner og menn kan være av større betydning for dette sykefravær enn kjønn per se. Dagens sykefraværdebatt i Norge som fokuserer på kjønnsforskjeller i sykefravær (167) synes å være preget av biologisk essensialisme som innebærer en oppfatning om at biologiske fakta er styrende for forskjellene.

Jeg vurderer det som mer sannsynlig at kjønn i forhold til MUPS og sykefravær skapes i et samspill mellom biologiske, kulturelle og sosiale forhold. Det kan være hensiktsmessig at slike perspektiv løftes tydeligere frem i legeutdanningen (168) og samfunnsdebatten.

6. Konklusjon

Mine hovedfunn er disse:

- Til tross for likheter eksisterer det også et mangfold blant pasienter med MUPS
- Konsultasjonsprevalensen av pasienter med persisterende MUPS er like vanlig som andre vanlige forekommende pasientgrupper i norsk allmennpraksis
- Støttesamtaler er det hyppigste tiltaket hos allmennlegene overfor pasienter med MUPS
- Langtidssykmeldte pasienter med MUPS beskriver negative marginalitetserfaringer som allmennlegene kan bidra til å motvirke gjennom å være viktige støttespillere i en vanskelig prosess
- Allmennlegebaserte intervensjoner ovenfor pasienter med MUPS har ikke bidratt til redusert sykefravær

Til sammen betyr disse funnene at

- Uheldig stereotypisering av ”MUPS-pasienter” kan resultere i forenklet tenkning som fører til ytterligere marginalisering på legekontoret og ute i samfunnet
- Allmennleger har en nøkkelrolle i utredning og oppfølging av pasienter med MUPS
- MUPS bør implementeres som eget tema i legers utdanning, særlig i allmennlegers videre- og etterutdanning ettersom kunnskap påvirker holdninger, strategier og mestringsfølelse i møter med pasienter med MUPS

7. Fremtidig forskning

Allmennleger bør ta ansvar for den medisinske hovedrollen i utredning og oppfølging av pasienter med MUPS. Allmennleger kan lære av hverandre og samarbeide mer med ulike aktører.

Dette reiser for eksempel følgende nye spørsmål for fremtidig forskning:

- Hva slags erfaringsbasert klinisk kunnskap har allmennleger som mestrer sin rolle ovenfor pasienter med MUPS, og hvordan kan dette overføres til kolleger?
- Gir konstruktive forklaringer gitt av allmennleger med spesiell interesse og kunnskap om MUPS, langvarig effekt på pasientutfallsmål?
- Kan lokalt tverrfaglig samarbeid i en norsk region rettet mot sykmeldte pasienter med MUPS bidra til et lavere sykefravær sammenlignet med vanlig sykmeldingsoppfølging i en sammenlignbar region?

8. Referanser

1. Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: Key insights and policy implications. *J Health Soc Behav* 2010;51(Suppl):S67-S79.
2. Nettleton S. The sociology of health and illness. 3rd ed. Cambridge, UK ; Malden, MA: Polity Press; 2013.
3. Engel GL. Need for a new medical model - challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-136.
4. Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004;2(6):576-582.
5. Fox RC. Medicalization and demedicalization of American society. *Daedalus* 1977;106(1):9-22.
6. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry* 2009;195(1):3-4.
7. Norges forskningsråd. Medisin og helse anno 2020: En forskningsodyssé. Oslo: Området for medisin og helse, Norges forskningsråd; 2000.
8. Espnes GA, Smedslund G. Helsepsykologi. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2010.
9. Ader R, Cohen N, Felten D. Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet* 1995;345(8942):99-103.
10. Smythies JR. Perspectives in psychoneuroendocrinology. *Psychoneuroendocrinology* 1976;1(3):317-319.
11. Armario A, Daviu N, Munoz-Abellan C, Rabasa C, Fuentes S, Belda X, et al. What can we know from pituitary-adrenal hormones about the nature and consequences of exposure to emotional stressors? *Cell Mol Neurobiol* 2012;32(5):749-758.
12. Zachariae R. Psychoneuroimmunology: A bio-psycho-social approach to health and disease. *Scand J Psychol* 2009;50(6):645-651.
13. Hooper M. Myalgic encephalomyelitis: A review with emphasis on key findings in biomedical research. *J Clin Pathol* 2007;60(5):466-471.
14. Getz L, Kirkengen AL, Ulvestad E. The human biology--saturated with experience. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2011;131(7):683-687.
15. Eisenberg L. Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry* 1977;1(1):9-23.

16. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philos* 2002;27(6):651-673.
17. Malterud K. Illness and disease in female patients: I. Pitfalls and inadequacies of primary health care classification systems—a theoretical review. *Scand J Prim Health Care* 1987;5(4):205-209.
18. Solli H. Medisinsk sakkyndighet, objektivitet og rettferdighet i uførepensjonssaker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123(15):2072-2075.
19. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract* 2003;53(488):231-239.
20. Malterud K. Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2010;130(23):2356-2359.
21. Melville DI. Descriptive clinical research and medically unexplained physical symptoms. *J Psychosom Res* 1987;31(3):359-365.
22. Escobar JI, Manu P, Matthews D, Lane T, Swartz M, Canino G. Medically unexplained physical symptoms, somatization disorder and abridged somatization: Studies with the Diagnostic Interview Schedule. *Psychiatr Dev* 1989;7(3):235-245.
23. Mayou R. Medically unexplained physical symptoms. *BMJ* 1991;303(6802):534-535.
24. Malterud K. ”Mener han, at somatisering er noe, jeg gjør?”: En pragmatisk begrepsanalyse. *Tidsskrift for sykdom og samfund* 2006;3(5):5-19.
25. Wonca International Classification Committee (WICC). ICPC-2: International Classification of Primary Care 2nd edition. [1998]. Tilgjengelig fra: <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-English.pdf>.
26. ICD-10 Version: 2010 [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision]. World Health Organization (WHO). Tilgjengelig fra: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.
27. Montgomery K. How doctors think: Clinical judgement and the practice of medicine. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2006.
28. Jones R, Barraclough K, Dowrick C. When no diagnostic label is applied. *BMJ* 2010;340(25):c2683.
29. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet* 1999;354(9182):936-939.
30. Kanaan RA, Lepine JP, Wessely SC. The association or otherwise of the functional somatic syndromes. *Psychosom Med* 2007;69(9):855-859.

-
31. Ursin H, Eriksen HR. Sensitization, subjective health complaints, and sustained arousal. *Ann N Y Acad Sci* 2001;933(1):119-129.
 32. Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *J Psychosom Res* 2004;56(4):445-448.
 33. Bruusgaard D, Natvig B. Uklare tilstander - felles mekanismer? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009;129(15):1481-1483.
 34. Hatcher S, Arroll B. Assessment and management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2008;336(7653):1124-1128.
 35. Heijmans M, olde Hartman T, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen P, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care: A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 2011;28(4):444-455.
 36. Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(4):(CD003786).
 37. Larun L, Malterud K. Treningsbehandling ved kronisk utmattelsessyndrom. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2011;131(3):231-236.
 38. White PD. Chronic fatigue syndrome: Is it one discrete syndrome or many? Implications for the "one vs. many" functional somatic syndromes debate. *J Psychosom Res* 2010;68(5):455-459.
 39. Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, et al. Is there a better term than "medically unexplained symptoms"? *J Psychosom Res* 2010;68(1):5-8.
 40. Stone J, Colyer M, Feltbower S, Carson A, Sharpe M. "Psychosomatic": A systematic review of its meaning in newspaper articles. *Psychosomatics* 2004;45(4):287-290.
 41. Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23(4):414-420.
 42. Hunskaar S, (red.). *Allmennmedisin*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013.
 43. olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, van der Horst HE, Arnold IA, et al. NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS). *Huisarts Wet* 2013;56(5):222-230.
 44. Rosendal M, Sparle Christensen K, Agersnap L, Fink P, Vinther Nielsen C. *Funktionelle lidelser*. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2013. (Klinisk vejledning for almen praksis).
 45. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* 2012;109(47):803-813

-
46. Soler JK, Okkes I. Reasons for encounter and symptom diagnoses: a superior description of patients' problems in contrast to medically unexplained symptoms (MUS). *Fam Pract* 2012;29(3):272-282.
 47. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002;64(2):258-266.
 48. Fink P, Schroder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2010;68(5):415-426.
 49. Hoedeman R, Krol B, Blankenstein N, Koopmans PC, Groothoff JW. Severe MUPS in a sick-listed population: A cross-sectional study on prevalence, recognition, psychiatric co-morbidity and impairment. *BMC Public Health* 2009;9:440.
 50. olde Hartman TC. Persistent medically unexplained symptoms in primary care: The patient, the doctor and the consultation. [PhD dissertation]. Nijmegen: Department of Primary and Community Care, Radboud University 2011.
 51. Frieden TR. A framework for public health action: The health impact pyramid. *Am J Public Health* 2010;100(4):590-595.
 52. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers: A synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing; 2010.
 53. Wynne-Jones G, Mallen CD, Welsh V, Dunn KM. Rates of sickness certification in European primary care: A systematic review. *Eur J Gen Pract* 2008;14(3-4):99-108.
 54. Mykletun, A., et al. (2010). Rapport om tiltak for reduksjon i sykefraværet: Aktiviserings - og nærværsreform: Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet 01.02.10 ifølge mandat av 27.11.09. Oslo, Arbeids- og sosialdepartementet.[Oppdatert 26.mai 2010; Lest 28.august 2014]. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/tema/velferdspolitik/inkluderende_arbeidsliv/Rapport-om--tiltak-for-reduksjon-i-sykefravaret.html?id=592754.
 55. Statistisk sentralbyrå. Arbeidskraftundersøkinga, sesongjusterte tal, mai 2014. Statistisk sentralbyrå. [Oppdatert 30. juli 2014; Lest 14. august 2014]. Tilgjengelig fra: <http://ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/akumnd>.
 56. Ose S, Jiang L, Bungum B. Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse: En gjennomgang av forskningen. Trondheim: SINTEF; 2014. (SINTEF Rapport A26056).
 57. Wergeland E. Det vanskelige sykefraværet [kronikk] Klassekampen (19. desember 2013).

58. (2014). Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv 4. mars 2014 - 31. desember 2018 (IA-avtalen), Arbeids- og sosialdepartementet.[Oppdatert 31. mars 2014; Lest 20. august 2014]. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/ASD/Dokumenter/2014/IA_20142018/SIG_NERT_IA_avtale.pdf.
59. Lov om folketrygd (folketrygdloven). LOV-1997-02-28-19.
60. NAV. Rundskriv § 8-4 Arbeidsuførhet. NAV. [Oppdatert 11. april 2014; Lest 3. september 2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/147679.cms>.
61. Fastlegers sykemeldingspraksis I: Variasjoner. Oslo: Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen; 2006. (RTV-report 05/2006).
62. Englund L, Tibblin G, Svardsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialties based on case vignettes. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(1):48-52.
63. Starzmann K, Hjerpe P, Dalemo S, Bjorkelund C, Bostrom KB. No physician gender difference in prescription of sick-leave certification: A retrospective study of the Skaraborg Primary Care Database. *Scand J Prim Health Care* 2012;30(1):48-54.
64. Normén G, Svardsudd K, Andersson DKG. How primary health care physicians make sick listing decisions: The impact of medical factors and functioning. *BMC Fam Pract* 2008;9:3.
65. Werner EL, Cote P, Fullen BM, Hayden JA. Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: A systematic review. *Clin J Pain* 2012;28(4):364-371.
66. Winde L, Haukenes I, Hetlevik Ø, Gjesdal S. Fastlegetilhørighet og sykefravær – en registerbasert studie. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013;133(1):28 – 32.
67. Brage S, Nossen JP, Thune O. Flere blir sykmeldt for symptomer og plager. *Arbeid og velferd* 2013(2):88-98.
68. Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med (Lond)* 2007;57(1):43-49.
69. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Sickness absence: causes, consequences, and physicians' sickness certification practice: A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). *Scand J Public Health* 2004;32(63 suppl).
70. Wadell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO (The Stationery Office); 2006
71. Maeland S, Werner E, Magnussen LH, Ursin H, Eriksen HR. Diagnostic challenges of subjective and composite health complaints in general practice. *Int J Behav Med* 2010;17(1 suppl):112-112.

72. Konnopka A, Schaefert R, Heinrich S, Kaufmann C, Lupp M, Herzog W, et al. Economics of medically unexplained symptoms: A systematic review of the literature. *Psychother Psychosom* 2012;81(5):265-275.
73. Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29(5):567-592.
74. Kristenson M, Eriksen HR, Sluiter JK, Starke D, Ursin H. Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Soc Sci Med* 2004;58(8):1511-1522.
75. Odeen M, Ihlebaek C, Indahl A, Wormgoor ME, Lie SA, Eriksen HR. Effect of peer-based low back pain information and reassurance at the workplace on sick leave: A cluster randomized trial. *J Occup Rehabil* 2013;23(2):209-219.
76. Jacobsen HB, Bjørngaard JH, Hara KW, Borchgrevink PC, Woodhouse A, Landrø NI, et al. The role of stress in absenteeism: cortisol responsiveness among patients on long-term sick leave. *PLoS One* 2014;9(5):e96048.
77. Fra stress til trivsel: Få styr på stress og skab bedre trivsel på arbeidsplassen. København: Videncenter for Arbejdsmiljø; 2009.
78. Svedberg L. Marginalitet: Ett socialt dilemma. Lund: Studentlitteratur; 1995.
79. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003;129(5):674-697.
80. Knapstad M, Overland S, Henderson M, Holmgren K, Hensing G. Shame among long-term sickness absentees: Correlates and impact on subsequent sickness absence. *Scand J Public Health* 2013;42(1):96-103.
81. McWhinney IR. Changing models: The impact of Kuhn's theory on medicine. *Fam Pract* 1984;1(1):3-8.
82. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med* 2008;66(1):182-188.
83. Centre for Reviews and Dissemination. PROSPERO International prospective register of systematic reviews [Oppdatert 28. november 2013; Lest 2. mai 2014]. Tilgjengelig fra: http://www.crd.york.ac.uk/NIHR_PROSPERO/.
84. Senter for kunnskapsbasert praksis. Høgskolen i Bergen, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Spørsmålsformulering: PICO I: Kunnskapsbasert praksis [nettkurs].[Lest 1. september 2014]. Tilgjengelig fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>.
85. Hayden JA, Cote P, Bombardier C. Evaluation of the quality of prognosis studies in systematic reviews. *Ann Intern Med* 2006;144(6):427-437.

-
86. National Collaborating Centre for Methods and Tools. Quality Assessment Tool for Quantitative Studies. Hamilton, ON: McMaster University. [Oppdatert 13. april 2010; Lest 3.april 2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.nccmt.ca/registry/view/eng/14.html>.
 87. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358(9280):483-488.
 88. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
 89. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Vedlegg 2: Sjekkliste I: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning: Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. . 3.2. rev. utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013.
 90. Noyes J, Popay J, Pearson A, Hannes K, Booth A. Chapter 20: Qualitative research and Cochrane reviews. In: Higgins JPT, Green S (editors), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration, 2011. [Oppdatert mars 2011; Lest 5. september 2014]. Tilgjengelig fra: <http://handbook.cochrane.org>.
 91. Dixon-Woods M, Fitzpatrick R, Roberts K. Including qualitative research in systematic reviews: Opportunities and problems. *J Eval Clin Pract* 2001;7(2):125-133.
 92. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *J Health Serv Res Policy* 2005;10(1):45-53.
 93. Lucas PJ, Baird J, Arai L, Law C, Roberts HM. Worked examples of alternative methods for the synthesis of qualitative and quantitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:4.
 94. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Analyserapport: Statistikk over legars takstbruk 2010.[Lest 10.september 2014]. Tilgjengelig fra: http://www.helfo.no/SiteCollectionDocuments/Vedlegg_statistikk/Statistikk_analyser_og_rapporter/Analyserapport-Statistikk_over_legars_takstbruk_2010.pdf.
 95. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Lancet* 2007;370(9596):1453-1457.
 96. Morgan D. Focus groups as qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997.

-
97. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
 98. Kvale S, Brinkmann S. InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2009.
 99. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012;40(8):795-805.
 100. Larun L. Analyselogg som virkemiddel for refleksivitet i kvalitative studier. *Michael* 2010;7(suppl 9):55-60.
 101. Miller WL, Crabtree BF. Clinical research: A multimethod typology and qualitative roadmap. I: Crabtree B, Miller W, red. *Doing qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999. s. 3-30.
 102. Lipowski ZJ. Somatization - the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145(11):1358-1368.
 103. Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R, Fink P, Sharpe M, Burton C. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(10):(CD008142).
 104. Harris AM, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ. Somatization increases disability independent of comorbidity. *J Gen Intern Med* 2009;24(2):155-161.
 105. Schou Hansen H. Medically unexplained symptoms in primary care: A mixed method study of diagnosis [PhD dissertation]. Aarhus: Faculty of Health Sciences, Aarhus University 2009.
 106. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009;6(7):e1000100.
 107. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992;305(6846):160-164.
 108. Scholten J, van Weel C. Functional status assessment in family practice: The Dartmouth COOP functional health assessment charts/WONCA. Lelystad: Meditekst; 1992.
 109. Brage S, Fleten N, Knudsrød OG, Reiso H, Ryen A. Norsk Funksjonsskjema: Et nytt instrument ved sykmelding og uførhetsvurdering. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004;19(124):2472-2474.
 110. Eriksen HR, Ihlebaek C, Ursin H. A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scand J Public Health* 1999;27(1):63-72.

-
111. Schumacher S, Rief W, Brähler E, Martin A, Glaesmer H, Mewes R. Disagreement in doctor's and patient's rating about medically unexplained symptoms and health care use. *Int J Behav Med* 2013;20(1):30-37.
 112. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity : what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract* 1996;2(2):65-70.
 113. Gulbrandsen P, Fugelli P, Stang GH, Wilmar B. Skam i det medisinske rom. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2006.
 114. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2009.
 115. Sandelowski M. One is the liveliest number: The case orientation of qualitative research. *Res Nurs Health* 1996;19(6):525-529.
 116. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification?: A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care* 2010;28(2):67-75.
 117. Hoedeman R, Krol B, Blankenstein AH, Koopmans PC, Groothoff JW. Sick-listed employees with severe medically unexplained physical symptoms: burden or routine for the occupational health physician?: A cross sectional study. *BMC Health Serv Res* 2010;10:305.
 118. Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scand J Prim Health Care* 2011;29(1):7-12.
 119. Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease?: The “number needed to offend”. *BMJ* 2002;325(7378):1449-1450.
 120. Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: Clinical model for general practice. *Fam Pract* 1995;12(4):423-429.
 121. God forskningspraksis. De nasjonale forskningsetiske komiteene. [Lest 12. april 2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/God-forskningspraksis/>.
 122. Rørtveit G. Research networks in primary care: An answer to the call for better clinical research. *Scand J Prim Health Care* 2014;Early Online:1-3.
 123. Natvig B, Picavet HS. The epidemiology of soft tissue rheumatism. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002;16(5):777-793.

-
124. olde Hartman TC, Lucassen PL, van de Lisdonk EH, Bor HH, van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract* 2004;54(509):922-927.
 125. Konnopka A, Kaufmann C, Konig HH, Heider D, Wild B, Szecsenyi J, et al. Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res* 2013;75(4):370-375.
 126. van Boven K, Lucassen P, van Ravesteijn H, Hartman TO, Bor H, van Weel-Baumgarten E, et al. Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. *Br J Gen Pract* 2011;61(587):e316-e325.
 127. Khoo EM, Mathers NJ, McCarthy SA, Low WY. Somatisation disorder and its associated factors in multiethnic primary care clinic attenders. *Int J Behav Med* 2012;19(2):165-173.
 128. Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. "How could I even think of a job?": Ambiguities in working life in a group of female patients with undefined musculoskeletal pain. *Scand J Prim Health Care* 1997;15(4):169-174.
 129. Butler CC, Evans M, The Welsh Philosophy And General Practice Discussion Group. The 'heartsink' patient revisited. *Br J Gen Pract* 1999;49(440):230-233.
 130. Asbring P, Narvanen AL. Ideal versus reality: Physicians perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. *Soc Sci Med* 2003;57(4):711-720.
 131. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2009;135(4):531-554.
 132. Steihaug S, Ahlsen B, Malterud K. From exercise and education to movement and interaction: Treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain. *Scand J Prim Health Care* 2001;19(4):249-254.
 133. Stone L. Reframing chaos: A qualitative study of GPs managing patients with medically unexplained symptoms. *Aust Fam Physician* 2013;42(7):501-502.
 134. Burton C, Weller D, Marsden W, Worth A, Sharpe M. A primary care Symptoms Clinic for patients with medically unexplained symptoms: Pilot randomised trial. *BMJ Open* 2012;2:e000513.
 135. Swanson LM, Hamilton JC, Feldman MD. Physician-based estimates of medically unexplained symptoms: A comparison of four case definitions. *Fam Pract* 2010;27(5):487-493.
 136. Burton C. ABC of medically unexplained symptoms Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell; 2013. (ABC Series).

137. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics* 2011;52(3):263-271.
138. Nosse JP. Hva foregår på legekantorene?: Konsultasjonsstatistikk for 2006 Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Statistikk og utredning; 2007. (NAV-rapport 4-2007).
139. Howman M, Walters K, Rosenthal J, Good M, Buszewicz M. Teaching about medically unexplained symptoms at medical schools in the United Kingdom. *Med Teach* 2012;34(4):327-329.
140. Prydz P, Malterud K. MUPS - fra usikkerhet til mestring [video]. Bergen: Univisjon (University of Bergen Television Production Unit); 2010.
141. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* 2004;328(7447):1057-1060.
142. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 2005;61(7):1505-1515.
143. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: Qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004;54(500):171-176.
144. Larun L, Malterud K. Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: A synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns* 2007;69(1-3):20-28.
145. olde Hartman TC, van Rijswijk E, van Dulmen S, van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, van Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms: A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Educ Couns* 2013;90(3):354-360.
146. olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck KP, van Weel C. Explanation and relations: How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: A focus group study. *BMC Fam Pract* 2009;10:68.
147. Stensland P, Malterud K. New gateways to dialogue in general practice: Development of an illness diary to expand communication. *Scand J Prim Health Care* 1997;15(4):175-179.
148. Steihaug S, Malterud K. Recognition and reciprocity in encounters with women with chronic muscular pain. *Scand J Prim Health Care* 2002;20(3):151-156.
149. Malterud K. Understanding the patient with medically unexplained disorders: A patient-centred approach. *New Zealand Family Practice* 2002;29(6):374-379.

-
150. Malterud K, Hollnagel H. Sygdomsmekanismer og mestrings: Kronisk udmattelsessyndrom i almen praksis. *Månedsskrift for Almen Praksis* 2012;90(2):101-112.
 151. Burton C, Aamland A, Lucassen P, olde Hartman T. Explaining symptoms after negative tests: towards the rational explanation. [Submitted].
 152. Aiartzaguena JM, Gaminde I, Clemente I, Garrido E. Explaining medically unexplained symptoms: Somatizing patients' responses in primary care. *Patient Educ Couns* 2013;93(1):63-72.
 153. Skouen JS, Grasdahl AL, Haldorsen EM, Ursin H. Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programs versus treatment as usual for patients with chronic low back pain on long-term sick leave: Randomized controlled study. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002;27(9):901-909.
 154. Molde Hagen E, Grasdahl A, Eriksen HR. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: A 3-year follow-up study. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003;28(20):2309-2315.
 155. Werner EL, Cote P. Low back pain and determinants of sickness absence. *Eur J Gen Pract* 2009;15(2):74-79.
 156. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ* 2010;340:c1035.
 157. West C, Zimmerman DH. Doing gender. *Gend Soc* 1987;1(2):125-151.
 158. Hølge-Hazelton B, Malterud K. Gender in medicine - does it matter? *Scand J Public Health* 2009;37(2):139-145.
 159. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. *JAMA* 2002;288(6):756-764.
 160. Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianese ME, Gersh B, Geltman EM, et al. Sex differences in the management of coronary artery disease. *Survival and Ventricular Enlargement Investigators. N Engl J Med* 1991;325(4):226-230.
 161. Hamberg K, Risberg G, Johansson EE, Westman G. Gender bias in physicians' management of neck pain: A study of the answers in a Swedish national examination. *J Womens Health Gend Based Med* 2002;11(7):653-666.
 162. Golding JM, Smith GR, Kashner TM. Does somatization disorder occur in men? Clinical characteristics of women and men with multiple unexplained somatic symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(3):231-235.
 163. Werner A, Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: Encounters between women with chronic pain and their doctors. *Soc Sci Med* 2003;57(8):1409-1419.

-
164. Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. "I've been crying my way": Qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract* 1996;13(6):498-503.
 165. Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Educ Couns* 2002;48(3):217-224.
 166. Brink-Muinen A, van Dulmen S, Messerli-Rohrbach V, Bensing J. Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in Western-European general practices. *Patient Educ Couns* 2002;48(3):253-264.
 167. Kostøl AR, Telle K. Det handler om kvinnene. *Samfunnsøkonomen* 2011;125(1):32-42.
 168. Hamberg K, Larsson ML. Still far to go: An investigation of gender perspective in written cases used at a Swedish medical school. *Med Teach* 2009;31(4):e131-138.

